



**UNIVERZITA KARLOVA**  
**1. lékařská fakulta**

Studijní program: Ošetřovatelství

Studijní obor: Všeobecná sestra

**Nad'a Marková, DiS**

Ošetřovatelská péče o pacienta s lymfomem

Nursing care of the patient with lymphoma

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Pavla Kordulová

Praha, 2019

**Prohlášení:**

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně a že jsem řádně uvedla a citovala všechny použité prameny a literatury. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze, 13. 12. 2019.

Nad'a Marková

.....

Podpis

### **Identifikační záznam**

MARKOVÁ, Naďa. Ošetrovatelská péče o pacienta s lymfomem. [Nursing care of the patient with lymphoma]. Praha, 2019. 52 s., 4 příl. Bakalářská práce (Bc.). Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Ústav teorie a praxe ošetrovatelství. Vedoucí práce Kordulová, Pavla.

## ABSTRAKT (v čj)

Pro svoji bakalářskou práci jsem si zvolila téma Ošetrovatelská péče o pacienta s lymfomem. Zvolené téma považuji za velmi aktuální, protože výskyt lymfomu stoupá (In: Linkos,2019). Jako lymfomy se označují nádory, které pocházejí z lymfocytů.

V teoretické části se zabývám problematikou lymfomů. Zaměřuji se především na jejich diagnostiku a léčbu. A zabývám se ošetrovatelskou péčí a patientskou organizací Lymfom Help. Před vypracováním bakalářské práce jsem si nechala vypracovat rešerši v Národní lékařské knihovně. Dále jsem informace čerpala z databází: BMČ, PubMed, EBSCOhost a Medline. Využila jsem i léčebná doporučení – Kooperativní lymfomové skupiny.

**Metodika:** Pro vypracování bakalářské práce jsem si zvolila případovou studii pacientky s B-buněčným lymfomem z velkých buněk, difuzní. Použila jsem model funkčního zdraví Marjory Gordonové. Na konkrétním případě jsou uváděny ošetrovatelské standardní postupy, potencionální rizika ošetrovatelské péče a jejich prevence.

**Cíl práce:** V práci se zaměřuji na komplexní ošetrovatelskou péči u pacientky s diagnózou B-buněčný lymfom z velkých buněk, difuzní, která podstoupila chemoterapii.

**Výsledky:** Jsou stanoveny ošetrovatelské postupy a sleduje se jejich dodržování. Na základě uvedené studie je vytvořen informační leták pro pacienty s lymfomem.

**Závěr:** V dnešní době se stále vyvíjejí nové chemoterapie a vznikají další studie. Právě probíhající studie u onemocnění Lymfom: CITADEL 203, CITADEL 205, PCYC 1143 – SYMPATICO, ACELY – 308, PCYC 1141, BGB3311 – 212, IELSG37 – PMBL, GO39942 – Polarix (In: lymphoma.cz, 2019). Zaměřujeme se na ošetrovatelskou péči o pacienta s lymfomem v kontextu komplexního ošetrovatelského procesu. Důležité je poskytovat osvětu pro domácí péči a informovanost o patientských organizacích. Ošetrovatelská péče se nezakládá pouze na již vzniklé onemocnění, ale převážně na poskytování osvěty a informovanosti laické veřejnosti o problémech v domácím prostředí a prevenci proti segregaci.

**Přínos práce:** Na základě odborné praxe na hematoonkologii a rešerše odborné literatury jsem vytvořila informační leták pro pacienty s lymfomem. V informačním letáku se dozvedí informace o patientské organizaci Lymfom Help a problémy, s kterými se mohou setkat doma a jak jim čelit.

**Klíčová slova:** ošetrovatelský proces, pacient, chemoterapie, Hodgkinův lymfom, non – Hodgkinův lymfom

## **ABSTRACT** (v AJ)

I chose the topic for my bachelor thesis: Nursing care of a patient with lymphoma. I consider this topic as a very actual because the occurrence of lymphoma is increasing (In: Linkos, 2019). Lymphomas refer to tumors which originate from lymphocytes.

The theoretical part deals with the issue of lymphomas. I focus mainly on their diagnostics and treatment. And I deal with nursing care and the Lymphoma Help patient organization. Before I started to work on my bachelor thesis I had made a research in the National Medical Library. Furthermore, I used information from the databases: BMC, PubMed, EBSCOhost and Medline. I also used therapeutic recommendations - Cooperative lymphoma groups.

**Methology:** I chose a case study of a patient with B-cell lymphoma from large cells, diffuse for the preparation of this thesis. I used Marjory Gordon's functional health model. Nursing standard procedures, potential risks of nursing care and their prevention are mentioned and described in a specific case.

**Objective:** I focus on general nursing care of a patient diagnosed with B-cell lymphoma from large cells, diffuse, who has undergone chemotherapy.

**Results:** Nursing procedures are determined and their compliance is monitored. The information leaflet for patients is being created upon this study.

**Conclusion:** New chemotherapies are still developed and further studies are formed. Current lymphoma studies: CITADEL 203, CITADEL 205, PCYC 1143 - SYMPATICO, ACELY - 308, PCYC 1141, BGB3311 - 212, IELSG37 - PMBL, GO39942 - Polarix (In: lymphoma.cz, 2019). We focus on nursing care of a patient with lymphoma in the context of a complex nursing process. It is important to provide education for home care and to inform about organizations for patients. Nursing care is based not only on the already existing disease, but mainly on providing education and information to the common public about problems at home environment and prevention of segregation.

**Contribution:** Based on my professional experience in hematooncology and literature research I have created an information leaflet for patients with lymphoma. This material provides information about the organization for patients Lymphoma Help and the issues which can happen at home and how to face them.

**Key words:** nursing process, patient, chemotherapy, Hodgkin's lymphoma, non-Hodgkin's lymphoma

## **Poděkování**

Chtěla bych poděkovat vedoucí Mgr. Pavle Kordulové za odborné vedení, cenné rady a čas strávený nad mou bakalářskou prací. Dále bych chtěla poděkovat pacientce, která mi umožnila zpracovat tuto práci na základě jejich informací a skvělé spolupráce. Největší poděkování patří mému manželovi, synovi a rodině za pomoc a podporu, kterou mi poskytovali po celou dobu studia.

# Obsah

<b>1. Úvod .....</b>	<b>9</b>
<b>2. Současný stav poznání .....</b>	<b>11</b>
2.1. Anatomie lymfatického systému .....	11
2.1.1. Lymfocyty .....	11
2.1.2. Mízní uzliny – nodi lymphatici .....	12
2.2. Fyziologie lymfatického systému .....	12
2.2.1. Lymfocyty .....	12
2.2.2. Poruchy produkce lymfocytů .....	12
2.3. Základní vymezení lymfomů a jejich členění.....	13
2.3.1. Hodgkinův lymfom včetně klinického obrazu.....	13
Epidemiologie a etiologie .....	13
Patofyziologie .....	14
Prognóza a průběh .....	14
2.3.2. Non – Hodgkinův lymfom včetně klinického obrazu .....	14
Epidemiologie a etiologie .....	14
Patofyziologie .....	14
<i>Prognóza a průběh</i> .....	15
2.3.3. B – buněčný lymfom z velkých buněk, difuzní.....	15
Epidemiologie a etiologie .....	15
2.3.4. Diagnostika lymfomů .....	15
2.3.5. Léčba lymfomů .....	18
Hodgkinův lymfom .....	19
Non – Hodgkinův lymfom.....	19
B – buněčný lymfom z velkých buněk, difuzní.....	20
<b>2.4. Ošetrovatelská péče o pacienta s lymfomem .....</b>	<b>20</b>
2.4.1. Malnutrice a váhový úbytek v onkologii .....	21
2.4.2. Mukozitida a problémy v dutině ústní u onkologického pacienta .....	21
2.4.3. Průjem a zácpa u onkologického pacienta .....	22
2.4.4. Ošetrovatelská péče o pacienta s centrálními žilními vstupy .....	22
2.4.5. Bolest u onkologického pacienta.....	24
2.4.6. Psychické důsledky onemocnění .....	26
2.4.7. Terminální stav a paliativní péče .....	27
2.5. Organizace pacientů – Lymfom Help .....	28

2.5.1.	Všeobecné informace .....	28
2.5.2.	Časopis .....	29
2.5.3.	Poradenství .....	29
2.5.4.	Setkání pacientů .....	29
2.5.5.	Spolupracující organizace .....	30
2.6.	Edukace .....	30
<b>3.</b>	<b>Použité metody .....</b>	<b>32</b>
3.1.	Případová studie .....	32
3.2.	Metodologie .....	32
3.3.	Etické aspekty .....	32
3.4.	Ošetřovatelský proces .....	32
<b>4.</b>	<b>Případová studie .....</b>	<b>35</b>
4.1.	Základní údaje o pacientovi .....	35
4.2.	Anamnéza .....	35
4.2.1.	Lékařská anamnéza .....	35
4.2.2.	Ošetřovatelská anamnéza .....	36
4.3.	Průběh hospitalizace .....	38
4.3.1.	Podání chemoterapie .....	38
4.3.2.	<b>První den po podání chemoterapie .....</b>	<b>39</b>
4.4.	<b>Farmakoterapie .....</b>	<b>39</b>
4.5.	Zhodnocení stavu podle modelu Marjory Gordonové .....	41
4.6.	Ošetřovatelský proces .....	44
4.6.1.	Stanovení ošetřovatelských diagnóz .....	44
4.6.2.	Cíle, plány, realizace a hodnocení .....	44
<b>5.</b>	<b>Diskuse .....</b>	<b>47</b>
<b>6.</b>	<b>Závěr .....</b>	<b>48</b>
<b>7.</b>	<b>Seznam použité literatury .....</b>	<b>49</b>

Seznam zkratk

Seznam tabulek

Seznam příloh



# 1. Úvod

Tématem této bakalářské práce je Ošetrovatelská péče o pacienta s lymfomem. Jde o téma poukazující na závažnost onemocnění. V posledních desetiletích výskyt onemocnění stoupá. Nových případů za rok činí 1300 pacientů. Příčina nárůstu není zatím zcela známá. Domníváme se, že to může souviset s vyšším věkem populace částečně se zvýšeným výskytem oslabení imunitního systému (In:Linkos,2019).

Nemocní s pokročilou nebo nevléčitelnou rakovinou se rozhodují ohledně dalšího postupu léčby, u kterého nedochází k uzdravení. Proto chtějí být přiměřeně poučeni o léčebných postupech a odhadu dalšího vývoje. Lékaři se domnívají, že starší nemocní nejsou dostatečně silní, aby informace přijali. Proto nejprve diagnózu oznamují rodině. U poučení starších pacientů je důležitá rozprava o jejich léčení, volba slov a dostatek času (Gironés, 2015).

U pacientů s tímto onemocněním je nejdůležitější empatie, trpělivost a porozumění. Každý pacient se s nemocí vyrovnává jinak, proto je důležitý individuální přístup zdravotnického personálu. Ještě v nemocnici dostává nemocný možnost si promluvit s psychologem. Je podle mého názoru velkou škodou, že této příležitosti využije malý počet pacientů. Nemocným jsou předávány také informace o patientském sdružení Lymfom Help, z. s., který vydává informační příručky pro pacienty.

U pacientů s rakovinou je důležitá participace mezi onkology, praktickými lékaři a specialisty dle komplikací. Praktický lékař je prvním kontaktem pro nemocné se symptomy, které se vztahují k rakovině a její léčbě. Tento model se nazývá „sdílená péče“ a je široce podporován praktickými lékaři. Více nemocných jde však raději ke svému onkologovi než k praktickému lékaři. Model sdílené péče je proto méně oblíbený u onkologů (Compaci et al., 2015).

Lymfomy se dělí do dvou skupin – Hodgkinův lymfom a non-Hodgkinův lymfom. Pro svou práci jsem si vybrala pacientku s diagnózou B – buněčný lymfom z velkých buněk, difuzní, který patří do non-Hodgkinova lymfomu.

V teoretické části se zabývám anatomii lymfatického systému a patofyziologií. Dále budu charakterizovat onemocnění non-Hodgkinův lymfom a Hodgkinův lymfom, včetně jejich definice, epidemiologie, symptomatologie, diagnostiky, léčby a prognózy. U B – buněčného lymfomu z velkých buněk, difuzní se budu zabývat definicí, epidemiologií a symptomatologií. Diagnostiku a léčbu popisuji obecně u Hodgkinova lymfomu a non-Hodgkinova lymfomu. Nadále se zabývám i patientskou organizací – Lymfom Help, která pomáhá této skupině pacientů. Popisuji zde, co Lymfom Help činí pro pacienty a rodinné příslušníky. V teoretické části popisuji i oblast ošetrovatelské péče, kde jsem se zaměřila na: malnutrici a váhový úbytek, mukozitidu, průjem a zácpu, péči o žilní vstupy, bolest, psychické důsledky onemocnění, terminální stádium a paliativní péči. Nadále se i zabývám edukací a její metodou, formou, cílem a edukačním procesem.

Praktické části bakalářské práce se bude věnovat případové studii pacientky s diagnózou B – buněčný lymfom z velkých buněk, difuzní. Ošetrovatelský proces zpracovávám podle modelu fungujícího zdraví Marjory Gordonové. O pacientku jsem se starala první tři dny hospitalizace (den přijetí, podání chemoterapie a první den po chemoterapii). Na konkrétním případě uvádím

ošetřovatelské standardní postupy, potencionální rizika ošetřovatelské péče a jejich prevence. Cílem této bakalářské práce je vytvoření informačního letáku pro pacienty s lymfomem.

## 2. Současný stav poznání

### 2.1. Anatomie lymfatického systému

Mízní soustava je důležitou součástí imunitního systému a tvoří ji lymfatická tkáň a lymfatické cévy (vasa lymphatica). Buňky nacházející se v lymfatické tkáni jsou utvářeny v brzlíku, kostní dřeni, ve slezině, lymfatických uzlinách a v lymfatické tkáni bronchů a GIT. Mízní tkáň vytvářejí různé lymfocyty, které se dostávají do soustavy lymfatických cév, extravaskulárního prostoru a krve. Lymfatické orgány rozdělujeme na primární a sekundární. K primárním patří kostní dřeň a brzlík. Zde se utvářejí lymfatické buňky – T-lymfocyty v brzlíku a B-lymfocyty v kostní dřeni. K sekundárním lymfatickým orgánům řadíme lymfatické uzliny, shluky lymfatické tkáně ve stěně řady orgánů a slezinu. Lymfatické cévy spojují lymfatické orgány a odvádějí mízu do žilní soustavy (Naňka et al., 2015), (Grim et al., 2016).

#### Slezina – Lien

Slezina je nepárový, sytě červený orgán, tvaru kávového zrna, uložena v levé brániční klenbě kryta peritoneem. Při fyziologických podmínkách není hmatná. V prenatálním období v ní vzniká krvetvorba. Lymfatickou složkou je bílá pulpa, která je umístěna okolo větví arteria lienalis. Červená pulpa vytváří většinu sleziny, která je vytvářena Billrothovými provazci. Tvoří síť retikulárních buněk s četnými makrofágy a příměsí granulocytů a lymfocytů. Poškozené a přestarlé krvinky jsou v červené pulpě fagocytovány makrofágy (Grim et al., 2016).

#### Brzlík – Thymus

Patří k lymfoepitelovým orgánům. Nachází se v předním horním mediastinu. Má tvar pyramidy, který je tvořen levým a pravým lalokem. Lalůčky – lobuli thymi jsou uloženy mezi septy. Lobulus je složen z kůry a dřene. Nejdůležitější funkcí brzlíků je tvorba lymfocytů – thymocytů v lalůčkách. Věkem dochází k involuci brzlíku. Tukovým vazivem jsou nahrazeny v pozdějším věku. Lymfatické uzliny přebírají jeho funkci (Naňka et al., 2015).

#### 2.1.1. Lymfocyty

Životnost lymfocytů se pohybuje od několika dnů po několik let. Rozdělujeme je na dlouhověké a krátkověké a dále na malé a velké. V prenatálním období vznikají především v kostní dřeni. Část lymfocytů vypytuje do brzlíku, kde se imunologicky odlišují v T – lymfocyty. Ostatní se v kostní dřeni pomnoží a usídlují se v druhotných mízních orgánech – ve slezině, mandlích, lymfatické tkáni střeva a v respiračním ústrojí. Tyto lymfocyty se nazývají B – lymfocyty. Na ochranný systém navazuje monocyto – makrofágový systém způsobilý fagocytózy (Naňka et al., 2015).

- **B-lymfocyty** se tvoří se v lymfatických orgánech a v kostní dřeni. Povrchovými receptory rozpoznávají antigenní uspořádání a přeměňují se do plazmatických buněk tvořících protilátky. Protilátky členíme do tříd: IgA, IgD, IgE, IgG a IgM.
- **T-lymfocyty** – „Na základě funkčních vlastností a tzv. CD (cluster determinant) znaku v buněčné membráně jsou T-lymfocyty rozděleny do skupin“ (Grim et al., 2016 str. 92).

Výskyt znaku CD3 je vlastností T-lymfocytů. *Pomocné CD4<sup>+</sup> T-lymfocyty* (helper) na podkladě antigenu, který byl poskytnut buňkami představující antigen, podněcující bujení B-lymfocytů a následně tvorbu protilátek. Buňky jsou napadány virem HIV-1 a HIV-2. *Cytotoxické CD8<sup>+</sup> T-lymfocyty* likvidují cílové buňky poškozením buněčné membrány a podílejí se na protinádorové imunitě (Grim et al., 2016).

- **NK-buňky** je jich 10 – 15 %. Nazýváme je „nulové“ buňky, jelikož nenesou vybavení T a B-lymfocytů. Také se jim říká přirození zabijáci. Mají útočnou schopnost napadnout a zlikvidovat například nádorové buňky, buňky napadené bakteriemi, viry, ale i parazity (Mourek, 2012).

### 2.1.2. Mízní uzliny – nodi lymphatici

Mízní uzliny jsou opouzdřeny shlukem lymfoidních buněk ledvinového nebo kulovitého tvaru o velikosti 1 mm – 3 cm. Mohou se vyskytovat jednotlivě, ale často jsou ve skupinách nebo řetězcích. K funkcím mízních uzlin patří tvorba lymfocytů, filtrace mízy, ale i imunita buněčná a humorální (Naňka et al., 2015).

## 2.2. Fyziologie lymfatického systému

### 2.2.1. Lymfocyty

Lymfocyty rozdělujeme dle funkce a významu v imunitních reakcích na T, B a NK (nulové). Neustále recirkulují mezi lymfou a krví. T-lymfocyty jsou odvozeny od brzlíku a B – lymfocyty od lymfoidního útvaru – burza Fabricií. T-lymfocyty (70 % v cirkulující krvi) dozrávají v thymu a stávají se imunokompetentní. Imunokompetenci B – lymfocyty (15 – 20 % v krvi) dostávají již v kostní dřeni. „Nulové“ buňky čili NK-buňky nemají výbavu T a B-lymfocytů a je jich okolo 10 – 15 %. T-lymfocyty se rozdělují dle postavení na lymfocyty T<sub>C</sub> (cytotoxické, „specifičtí“ zabijáci), lymfocyty T<sub>H</sub> (pomahači, helper) a lymfocyty T<sub>S</sub> (supresové) (Mourek, 2012).

### 2.2.2. Poruchy produkce lymfocytů

Nejčastější změny se vytvářejí v kontextu s přítomností cizích antigenů u celkových či místních infekcí. Převážně jsou provázeny lymfadenopatií, zvýšením počtu lymfocytů a plazmocytů v krvi. Dalším důvodem změny produkce lymfocytů je nádorová (neoplastická) alterace, jejímž výsledkem je nadměrná produkce lymfoidních buněk a lymfocytů (Vokurka, 2012).

*Druhy poruch:*

- **lymfocytóza** – zvýšení množství lymfocytů; je symptomem virových infekcí a někdy i bakteriálních; u infekční mononukleózy je výrazná; u lymfoproliferativních onemocnění – leukémie, lymfomů a monoklonální gamapatie je výrazným a důležitým příznakem
- **lymfopenie** – snížení množství lymfocytů je vyvoláno buď sníženou produkcí, anebo zvýšenými ztrátami; *zvýšené ztráty* – jsou způsobeny poruchou celistvosti hrudního mízovodu a v trávicím traktu rozšířením mízních cév; *snížená produkce lymfocytů*

vzniká při nadprodukci hormonů kůry nadledvin a při léčbě glukokortikoidy nebo ACTH, vyvolává jí ionizační záření a cytostatická léčba (Vokurka, 2012)

## 2.3. Základní vymezení lymfomů a jejich členění

WHO klasifikace lymfoidních malignit dělí lymfomy dle původu na T a B-lymfoproliferace a podle zralosti na zralé a prekursorové. WHO klasifikace nezohledňuje agresivitu lymfomu, užívá klasické dělení na indolentní a na agresivní lymfomy (Belada, 2011). V posledních dvaceti letech prodělala klasifikace lymfomů výrazný vývoj. Lymfomy dělíme na dvě skupiny: Hodgkinův lymfom a Non-Hodgkinův lymfom. V 19. století anglický lékař Thomas Hodgkin popsal nemocného s lymfomem.

Hodgkinův lymfom rozdělujeme na čtyři podtypy, které nevedou k rozdílné léčbě. V B-lymfocytech má tento typ lymfomu svůj počátek. Non-Hodgkinůvské lymfomy tvoří různorodou skupinu. Tvoří lymfomy vycházející z B lymfocytů a T lymfocytů. V Evropě je 80 % lymfocytů tvořeno B-lymfomy. Rozpoznáváme třicet lymfomů, které se odlišují chováním, vznikem a prognózou. Mezi nejčastější patří: difúzní velkobuněčný lymfom B řady (více než 40 % všech typů lymfomů), folikulární lymfom (z B-lymfocytů, tvoří asi 20 %), lymfomy z buněk marginální zóny (nejčastěji postihuje zažívací trakt, tvoří asi 8-10 % lymfomů), lymfom z plášťových buněk (B lymfom, tvoří 5 %), lymfom typu chronické lymfatické leukémie (B lymfom, 5 %), periferní T lymfomy. Nejdůležitější je stanovení přesného typu. Mají totiž odlišný typ chování, z toho důvodu se léčba může zahájit později a pacienta sledovat nebo zahájit intenzivní léčbu co nejdříve (In: Linkos, 2019).

K lymfomům můžeme začlenit zčásti i plazmocytom a především generalizovanou formu – mnohočetný myelom. V kostech krátkých, tak i dlouhých tvoří mnohočetná osteolytická ložiska z nádorových buněk (Bártová, 2015).

### 2.3.1. Hodgkinův lymfom včetně klinického obrazu

Hodgkinův lymfom „je *maligní lymfoproliferativní onemocnění s charakteristickým histologickým obrazem v lymfatické tkáni tvořeným nádorovými buňkami Hodgkinovými/Reedové – Sternbergovými na reaktivním pozadí s více či méně vyjádřenou fibrózou.*“ (Indrák, 2014, str. 336) Na základě imunohistochemie a histologie dělíme HL na dvě podskupiny: první tvoří lymfom z nodulární lymfocytární predominance a do druhé podskupiny patří klasický lymfom (Indrák, 2014). Přežití přesahuje 90 %. Můžeme toho dosáhnout kombinovanou chemoterapií a radioterapií (Bröckelmann et al., 2018).

### Epidemiologie a etiologie

Tento lymfom patří k méně běžným nádorům. Celosvětově se diagnostikuje 66 000 nových pacientů s tímto onemocněním za rok. V roce 2013 bylo v USA nahlášeno do databáze SEER (Surveillance, Epidemiology, and End Results) 9 920 nově nemocných a 1 180 úmrtí. SEER zaznamenává mírný vyšší výskyt u mužů. Nejvíce se vyskytuje podtyp Hodgkinova lymfomu – nodulárně sklerotický (Móciková, 2014). Hodgkinův lymfom je v České republice diagnostikován u 2 – 3 případů na 100 000 obyvatel. Nejčastěji jsou postiženi muži. Největší výskyt nemoci je mezi 20 – 35 let a v 60 letech. Často v nádorových buňkách nacházíme přítomnost viru Epstein –

Barrové. V oblasti krku nebo nadklíčku a méně často v třísle nahmatáváme nebolestivé zvětšené lymfatické uzliny. Nadále pozorujeme mediastinální rozšíření na zobrazovacích metodách. Mezi typické symptomy patří horečka zejména v noci, hubnutí, pocení, únava a svědění (Kořen, 2015).

### **Patofyziologie**

*„Nemoc většinou začíná v krčních lymfatických uzlinách, šíří se na další oblasti lymfatických uzlin a v pozdějších stádiích je infiltrována kostní dřeň a nelymfatické orgány (kosti, plíce, játra).“* (Vokurka, 2012, str. 150) Při infiltraci kostní dřene dochází k anémii a poklesu všech krevních buněk (červených a bílých krvinek a krevních destiček). V pozdějších stádiích dochází k úplnému snížení počtu lymfocytů v periferní krvi (Vokurka, 2012).

### **Prognóza a průběh**

V současné době se vyléčí až 80 % pacientů, ale Bröckelmann v roce 2018 uvádí 90%. Při diagnostice v pokročilém stádiu s velkou nádorovou masou dochází k vyššímu riziku selhání léčby. Polovina nemocných s pokročilým Hodgkinovým lymfomem nedosáhne primární léčbou kompletního relapsu a remise (Indrák, 2014).

### **2.3.2. Non – Hodgkinův lymfom včetně klinického obrazu**

Non-hodgkinské lymfomy tvoří různorodou skupinu zhoubných nádorů lymfatické tkáně. Projevují se klonální expanzí buněk odvozených z prekursorů nebo zralých lymfocytů T či B, vzácně z NK–buněk a histiocytů (Vydra, 2015).

### **Epidemiologie a etiologie**

První epidemiologický historický ukazatel z USA popisuje mortalitu a incidenci ve 40. a 50. letech 20. století. Non – Hodgkinův lymfom se vyskytoval u 6,9 případů u mužů a 4,7 případech u žen na 100 000 obyvatel za rok. Za 40 let incidence vzrostla o 17,1 případů u mužů a 11,5 u žen a mortalita se zdvojnásobila. V 70. letech byly již přesnější údaje díky registru SEER. Nalezneme tam informace o nově vzniklých případech vztahujících se k pohlaví a rase. V roce 2008 tvořily 5% všech nádorů s incidencí 22,8 případů u mužů a 16,2 u žen na 100 000 obyvatel. V České republice se situace mapuje od roku 1977. První data máme z povinného hlášení tohoto onemocnění do Národního onkologického registru ČR. (Papájk et al., 2009) Non – Hodgkinův lymfom představuje 4 % všech zhoubných onemocnění. Častěji jsou postiženi muži. Diagnostikován je okolo 50 let. Etiologie obecně není známá (Vydra, 2015). Lymfom je v České republice diagnostikován u 13,5 na 100 000 obyvatel (Mayer, 2016). Největší výskyt je ve vyspělých zemích. Podle Mezinárodní agentury pro výzkum rakoviny (IARC) připadá na 385 700 nových případů a 199 700 na úmrtí na celém světě. To odpovídá výskytu 11,03 na 100 000 u mužů a 7,87 u žen. (Guo et al., 2017) Nárůst nově nemocných je v posledních třiceti letech, u nás je za posledních dvacet pět let 100 % nárůst. Mezi nejčastější typy patří difuzní velkobuněčný lymfom, který tvoří 40 % všech lymfomů (Indrák, 2014).

### **Patofyziologie**

*„Nehodgkinské (non-hodgkinské) lymfomy jsou většinou odvozeny od B-lymfocytů. U všech těchto lymfocytů je zřejmý klonální charakter onemocnění. Část lymfomů je odvozena od T-buněk*

*(lymfoblastový lymfom), z T-lymfocytů vznikají rovněž kožní lymfomy, které se z kůže šíří do mizních uzlin a do dalších orgánů a tkání. Někdy vznikají primárně v lymfatické tkáni mimo mizní uzliny (např. ve sliznici trávicího ústrojí)“ (Vokurka, 2012, str. 151).*

### **Prognóza a průběh**

U řady pacientů lze dosáhnout uzdravení a u velké části nemocných dochází k prodloužení života. Záleží na rozsahu, druhu lymfomu, zvolené terapii a stavu nemocného. Přežití v pěti, respektive v deseti letech se pohybuje u pacientů s nejčastějšími typy lymfomů – DLBCL (okolo 70%, respektive 50 %), folikulární lymfom (80-90%, respektive 50-60%). Nejlepší prognózu má extranodální lymfom z marginální zóny a vážnou mají periferní T – lymfomy a některé agresivnější podtypy lymfomů (Indrák, 2014).

### **2.3.3. B – buněčný lymfom z velkých buněk, difuzní**

Zhoubný nádor, který vzniká z velkých transformovaných B – lymfocytů. Tvoří řadu lymfoidních nádorů vyvinutých transformací B – lymfocytů v různých stádiích jejich vývoje (ontogeneze) (Indrák, 2014).

### **Epidemiologie a etiologie**

B – buněčný lymfom z velkých buněk, difuzní tvoří 35 – 40 % non-Hodgkinských lymfomů. Nově nemocných za rok je okolo 7 na 100 000 obyvatel. Častěji se vyskytuje u mužů. Nejčastějším symptomem je rostoucí nebolestivá uzlina (nejčastěji v hlavě, nadklíčku, krku, třísel a podpaží) nebo skupina uzlin. U dalších pacientů může umístění lymfomu způsobovat nespecifické a nenápadné nepříjemnosti, plynoucí ke vztahu k blízkým tkáním a orgánům. Infiltrující uzliny mohou zůstat dlouhý čas nenápadné v pánvi, mesenteriu a retroperitoneu. Pacienti pociťují plnost v břiše, nasycení, tlaky a bolest v břiše a potíže s vyprazdňováním při růstu uzlin do uzlinové masy přesahující 10 cm. Při postižení sleziny dochází k tlakům pod levým žeberním obloukem, může dojít i k ruptuře. Ikterus se nevyskytuje často při infiltraci jater, může způsobit obtíže pravého podžebří. Nemocný, kterým lymfom postihuje žaludek, mohou mít příznaky, které jsou popsány u vředové choroby. Postižení ovarií, varlat, prsu či mozku v období diagnózy u DLBCL je vzácné. Častější přítomnost bývá ve štítné žláze či v kůži, ale i ve Waldeyerově lymfatickém okruhu. U 10 – 15 % se objevuje postižení kostní dřeně. „B – symptomy“ patří do nespecifických příznaků, vyskytují se u 1/3 nemocných. Patří mezi ně: hojné noční pocení, horečka nad 38°C z neznámých příčin a ztráta tělesné hmotnosti v posledním půlroce o 10 %. Z laboratorního vyšetření zjistíme lymfopenii, trombocytopenii nebo normocytární anémii. 40 – 50 % nemocných má zvýšené LDH, beta – 2 – mikroglobulin a sérové tymidinkinázy. Příčina vzniku není známa (Indrák, 2014).

### **2.3.4. Diagnostika lymfomů**

Podkladem diagnostiky je hematopatologické vyšetření. Molekulárně-genetické, imunochemické, cytogenetické a imunofenotypizační metody vedou k určení podtypu non – Hodgkinova lymfomu. Užití profilu genové exprese k diagnostice subtypů difuzního velkobuněčného B - lymfomu se používá zatím pouze v klinických studiích. K stanovení rozsahu nemoci se využívají zobrazovací metody, zároveň s fyzikálním vyšetřením. Do dominantního zobrazovacího vyšetření patří PET/CT, které nahradilo samotné CT.

Při modifikované Ann Arbor klasifikaci se zobrazovacími metodami zjišťuje klinické stádium. V roku 2014 v Luganské klasifikaci byla jmenována nová modifikace Ann Arbor klasifikace. Klinické stadium I a II je lokalizovanou nemocí, klinické stadium III a IV pokročilým onemocněním (Tabulka 1). Klinické stadium II je i s výskytem masivního postižení – KS II „bulky“.

Tabulka 1 Revidovaná Ann Arbor klasifikace dle IWG z roku 2014 (Sýkorová et al., 2014)

<b>KS I</b>	postižení 1 oblasti LU nebo 1 extralymfatického orgánu (IE) <i>lokalizované postižení 1 „velkého“ extralymfatického orgánu (IE) jakékoliv (lokalizované, diseminované, difuzní) postižení 1 „malého“ extralymfatického orgánu (IE)</i>
<b>KS II</b>	postižení 2 nebo více skupin LU na téže straně bránice <i>nebo</i> KS I a II s postižením sousedního extralymfatického orgánu (IIE) vč. postižení 1 nebo více skupin LU na téže straně bránice <i>lokalizované postižení 1 „velkého“ extralymfatického orgánu s postižením LU na stejné straně bránice (IIE) jakékoliv postižení 1 „malého“ extralymfatického orgánu a postižení LU na stejné straně bránice (IIE)</i>
<b>KS II „bulky“</b>	KS II s „bulky“ postižením
<b>KS III</b>	postižení LU nebo orgánů na obou stranách bránice, které může být provázeno postižením sleziny (IIIS) <i>lokalizované postižení 1 „velkého“ extralymfatického orgánu s postižením LU na obou stranách bránice (IIIE) jakékoliv postižení 1 „malého“ extralymfatického orgánu postižení LU na obou stranách bránice (IIIE)</i>
<b>KS IV</b>	přídavné postižení extralymfatické tkáně (postižení nesousedících extranodálních orgánů) <i>diseminované či difuzní postižení „velkého“ extralymfatického orgánu s nebo bez postižení LU jakékoliv postižení více než 1 extralymfatického orgánu s nebo bez postižení LU</i>

„velké“ extralymfatické orgány – játra, plíce, mezotel (pleura, pobřišnice, perikard), kostra, měkké tkáně, gastrointestinální trakt,  
„malé“ extralymfatické orgány – jiné než „velké“ orgány, E – extranodální postižení, LU – lymfatické uzliny, S – postižení sleziny,  
KS – klinické stadium

Při určování extranodálního postižení se řídíme dohodou z roku 2010 z doporučení Kooperativní lymfomové skupiny. Extranodální orgány rozlišujeme na malé a velké. U obou dvou je odlišný postoj k ustanovení míry nemoci z důvodu dopadu při jejich postižení. V tabulce číslo 2 ukazují postižení malých a velkých orgánů.

Tabulka 2 Dohoda Kooperativní lymfomové skupiny pro určování klinického stádia u NHL s extralymfatickým šířením dle Ann Arbor klasifikace a modifikované klasifikace (Sýkorová et al., 2016)

<b>Klinické stadium (KS)</b>	<b>„Velké“ extralymfatické orgány</b> (odpovídá AA klasifikaci)	<b>„Malé“ extralymfatické orgány</b> (odpovídá klasifikaci pro primárně extranodální lymfomy dle Musshoffa)
KS IE	lokalizované postižení 1 extralymfatického orgánu	jakékoliv (lokalizované, diseminované, difuzní) postižení 1 extralymfatického orgánu
KS IIE	lokalizované postižení 1 extralymfatického orgánu s postižením LU na stejné straně bránice	jakékoliv postižení 1 extralymfatického orgánu a postižení LU na stejné straně bránice
KS IIIE	lokalizované postižení 1 extralymfatického orgánu s postižením LU na obou stranách bránice	jakékoliv postižení 1 extralymfatického orgánu postižení LU na obou stranách bránice
KS IV	diseminované či difuzní postižení extralymfatického orgánu s nebo bez postižení LU, jakékoliv postižení více než 1 extralymfatického orgánu s nebo bez postižení LU	jakékoliv postižení více než 1 extralymfatického orgánu s nebo bez postižení LU

„velké“ extralymfatické orgány – játra, plíce, mezotel (pleura, pobřišnice, perikard), kostra, měkké tkáně, gastrointestinální trakt,  
„malé“ extralymfatické orgány – jiné než „velké“ orgány, E – extranodální postižení, LU – lymfatické uzliny

Do diagnostiky zařazujeme dále velikost sleziny, vyšetření kostní dřeně, B symptomy, PET/CT a CT.



*velikost sleziny* – velikost sleziny se uvádí 10 – 12 cm. Splenomegalie je označována slezina delší než 13 cm. Je to ale sporné. Protože velikost sleziny souvisí s rasou a velikostí. Postižení sleziny značíme písmenem „S“.

*vyšetření kostní dřeně* – při jednostranné biopsii je požadovaná velikost 25 mm vzorku kostní dřeně.

**Hodgkinův lymfom** – Biopsii kostní dřeně lze eventuálně vynechat při určení klinického stadia před zahájením 1. linie léčby. Kooperativní lymfomová skupina radí dělat histologické vyšetření kostní dřeně jen v individuálních případech. Trepanobiopsii lze zhodnotit rezervy kostní dřeně u starších pacientů nebo cytologickým vyšetřením stanovit výskyt dysplazie před zahájením chemoterapie v rámci 1. linie.

**Non-Hodgkinův lymfom** - Kostní dřeň vyšetřujeme u pacienta s difuzním velkobuněčným B – lymfomem, pokud chceme zjistit diskordantní nález v kostní dřeni a když je pacient v klinické studii, kde je žádána trepanobiopsie. Kooperativní lymfomová skupina radí provádět histologické vyšetření kostní dřeně u pacientů s difuzním velkobuněčným B – lymfomem současně s PET/CT pro eventualitu výskytu diskordantního nálezu v kostní dřeni nebo pro klamavě pozitivní/negativní výsledek PET/CT. Důležité je provádět biotické vyšetření kostní dřeně u lymfomů z buněk pláště a u lymfomů s nízkým stupněm malignity.

*B symptomy* – do nich řadíme teploty neinfekčního původu nad 38 °C, váhový úbytek o více než 10 % za posledních šest měsíců před diagnostikou a noční pocení s nutností se převlékat. Při výskytu symptomu se za číslo klinického stadia uvádí označení „B“, v jejich nepřítomnosti „A“. Doporučuje se uvádět výskyt B symptomu jen u Hodgkinova lymfomu. U Non – Hodgkinova lymfomu se uvést nemusí, nemá totiž vliv na prognózu.

*PET/CT* – vstupní vyšetření u F – fluorodeoxyglukózy avidních lymfomů se provádí PET/CT s i. v. kontrastem, kterou doporučuje Luganská klasifikace z roku 2014. Nedoporučuje se dělat u F-FDG neavidních lymfomů. Do nich patří: kožní lymfomy, Waldenströmovy makroglobulinemie, lymfomy z malých lymfocytů, lymfom z marginální zóny a lymfoplazmocytární lymfom. U Hodgkinova lymfomu má výsledek vliv při plánování radioterapie. Před léčbou, po léčbě a v některé situaci i v procesu léčby se provádí vyšetření PET/CT. Dle rady Kooperativní lymfomové skupiny se provádí PET/CT u agresivních lymfomů po skončení chemoterapie za 3 – 4 týdny, do 6 – 8 týdnů u F – FDG avidních nízké agresivních lymfomů a přinejmenším tři měsíce po ukončení radioterapie u všech F-FDG avidních typů lymfomu. Při pozitivním výsledku PET/CT u skončené chemoterapie dle druhu lymfomu a rozsahu nemoci je doporučeno dokončit plánovanou léčbu, přidat radioterapii, eventuálně podat záchrannou terapii anebo sledování. Výsledek vyšetření PET/CT během terapie a po jejím ukončení je zásadní srovnat s úvodním vyšetřením hlavně u klinických studií.

*CT vyšetření* – se používá u F – FDG neavidních lymfomů nebo vstupně negativním vyšetřením F-FDG PET/CT. „Při CT vyšetření se vstupně hodnotí až šest největších dvojrozměrně měřitelných lézí z různých oblastí ve dvou na sebe nejdelších kolmých rozměrech. Do hodnocení musí být zahrnuto mediastinální a retroperitoneální postižení, pokud je přítomno“ (Sýkorová et al., 2016, str. 301). Do neměřitelných lézí patří postižení kostní dřeně a extranodální tkáně, například

kůže, ledviny, slezina, játra a mezotel. Dle doporučení z roku 2014 je velikost uzliny menší nebo rovna 1,5 cm. Hodnocení se provádí na konci terapie nebo v průběhu léčby. (Sýkorová et al., 2016).

### 2.3.5. Léčba lymfomů

U pacientů volíme tak zvanou „systémovou léčbu“, která se dostane do celého organismu. Řadíme tam chemoterapii a imunoterapii. V určitých situacích můžeme navrhnout použití radioterapie. Do speciálních forem chemoterapie a imunoterapie řadíme vysokodávkovanou léčbu s alogenní transplantací krvetvorných buněk a autologní transplantací krvetvorných buněk (In:Linkos.cz).

Organizace, které se zabývají léčbou: Kooperativní lymfomová skupina, Hodgkinův lymfom, Česká onkologická společnost ČLS JEP a Česká hematologická společnost ČLS JEP.

#### Chemoterapie

Cytostatika připravujeme uměle, anebo je získáváme z přírodních zdrojů. Prozatím neexistují cytostatika, která by nenapadala zdravé buňky. Pro zvýšení účinnosti terapie se kombinují chemoterapeutika, aby zasahovala do odlišných fází buněčného cyklu u nádorové buňky. Aplikují se podle určeného protokolu po 2 – 4 týdnech. Cykly se opakují 4 – 6krát (Fridrichová, 2014).

#### – Nežádoucí účinky

Nežádoucí účinky můžeme ovlivnit podáváním podpůrné léčby.

Mezi nežádoucí účinky patří zejména:

- *nauzea a zvracení* – V dnešní době existuje spousta speciálních léků, které tlumí zvracení. Aplikují se dle ordinace lékaře. Během léčby by se měla jíst lehká strava, pacienti by se měli stravovat v menších porcích 6 – 8 krát denně. Pitný režim by měl být 2,5 – 3 litry za den. Vhodné je si dát vychlazenou limonádu s kofeinem po malých dávkách.
- *vypadávání vlasů* – K alopecii nedochází u každého, je čistě individuální. Chloupky na těle, obočí a řasy mohou přechodně taky vypadávat. Před začátkem léčby je vhodné zvolit kratší a jednoduchý účes. Zdravotní pojišťovny přispívají na paruky.
- *ztráta chuti k jídlu* – Tento nežádoucí účinek pozorujeme u spousty pacientů. Máme příčinu jasnou a méně jasnou. Do jasných příčin řadíme obavy z nauzey a bolestivost sliznice dutiny ústní. Pro pacienty s omezeným příjmem potravy a váhovým úbytkem jsou nutriční terapeuti a nutriční poradny při interních klinikách.
- *průjem* – Řadí se mezi časté nežádoucí účinky. Objevuje se při ozařování břicha nebo pánve, často jako důsledek cytostatik. Při podání cytostatik dochází k narušení buněk střevní sliznice. Vymizí po dokončení léčby. Je způsobován i z psychického důvodu – strach.

- *zácpa* – Je způsobena podáváním analgetik, nedostačujícím pitným režimem a nedostatečnou stravou. Je vhodné pít minimálně 2 litry denně a jíst potraviny s vyšším obsahem vlákniny.
- *krvácení* – Zpravidla jde o nedostatek trombocytů, vzniklý poškozením krvetvorby. Do krvácivých projevů řadíme modřiny, krvácení z dásní a nosu.
- *potíže s dutinou ústní* – V dutině ústní se vyskytují afty a krvácející zduřené dásně. Pacienti mají i bolestivost při polykání. Objevují se u nich nepříjemné chuťové pocity. Potíže s dutinou ústní jsou mnohdy po intenzivní chemoradioterapii anebo radioterapii u karcinomů v oblasti krku a hlavy (Fridrichová, 2014).

### **Léčebné postupy u nemocných s maligními lymfomy**

Chemoterapie a imunoterapie se podává dle doporučení výrobce (příprava, ředění a aplikace). Povinné podání G – CSF jsou u dose–denzních nebo dose–intenzivních režimů. U ostatních podáváme G – CSF v rámci primární profylaxe. Je doporučeno ho aplikovat u režimu s rizikem febrilní neutropenie > 20 %. Používáme pegylovaný G – CSF (perfilgrastim) k urychlení znovuvytvoření u intenzivních nestimulačních režimů. Důležité je aplikovat filgrastim pro povzbuzení kmenových buněk (Belada, 2011). V příloze č. 2 uvádím léčebná schémata.

### **Hodgkinův lymfom**

Radioterapie patří mezi podstatnou léčebnou modalitu. Při ozařování dochází k odstranění nežádoucích účinků z důvodu rozvoje a zlepšení ozařovacích technik.

Chemoterapie je nejúčinnější u pokročilých stádií. U protokolu MOPP (Mustargen, Vinkristin, Prokarbazin, Prednison) se dosáhne kompletního přechodného vymizení příznaků u 80 % a dvacetiletého přežití u 50 % pacientů s primárně pokročilým onemocněním. Dalším protokolem je ABVD (Adriamycin, Bleomycin, Vinblastin, Dakarbazin), na rozdíl od MOPP je u něj menší zatížení výskytu sterility a sekundární leukémie při stejné, ba i vyšší terapeutické účinnosti. U protokolu BEACOPP (Bleomycin, Etoposid, Adriamycin, Cyklofosfamid, Vinkristin, Prokarbazin, Prednison) je hematologická toxicita výrazná a aplikace růstových faktorů nezbytná. Léčebná odpověď u pokročilých stádií je slibná, ale nelze vyloučit vyšší přítomnost sekundárních malignit – myeloblastický syndrom a akutní myeloidní leukémie. Upřednostňujeme u pacientů s primárně relabujícím nebo rezistentním lymfomem režimy na bázi cisplatiny (EDHAP, DHAP). Autologní transplantace krvetvorných buněk následuje po vysoce dávkované chemoterapii. Počet remisí je 30 – 80 %. Alogenní transplantace krvetvorných buněk jsou indikovány výjimečně (Indrák, 2014).

### **Non – Hodgkinův lymfom**

Léčba non – Hodgkinova lymfomu je vysoce proměnlivá, záleží na stavu nemocného, na typu lymfomu a rozsahu postižení. U některých podtypů s relativně indolentním procesem u pacientů, kteří nemají nádorovou masu u pokročilého stádia a jsou bez příznaků, se volí přístup sledovací. Lymfomy jsou vysoce radiosenzitivní a chemosenzitivní. U indolentních B – lymfomů se imunochemoterapie skládá z podání anti CD 20 chimérické protilátky (Rituximab, MabThera) a chemoterapie, která je proměnlivá, například FC (Fludarabin, Cyklofosfamid); CHOP

(Cyklofosfamid, Adriamycin, Vinkristin, Prednison); COP (Cyklofosfamid, Vinkristin, Prednison). Dva roky se aplikuje u vybraných podtypů udržovací léčba Rituximabem. U pacientů s agresivním lymfomem začínáme s léčbou ihned a aplikuje se imunochemoterapie – většinou Rituximab s CHOP. U agresivnějších lymfomů podáváme intenzivnější režimy. Individuálně lze zvážit i vysokodávkovanou terapii s autologní transplantací krvetvorných buněk. U pacientů, u nichž léčba selže z důvodu návratu onemocnění nebo z nedostatečného efektu úvodní léčby. Vybíráme u nich dle zhodnocení stavu záchrannou léčbu a u vybraných pacientů alogenní transplantaci krvetvorných buněk včetně autologní. Kde je ovlivnění nemoci malé, volíme paliativní nebo symptomatickou léčbu (Indrák, 2014).

## **B – buněčný lymfom z velkých buněk, difuzní**

Do základní léčby převážně řadíme kombinovanou chemoterapii s použitím antracyklinu (CHOP). Podávají se cytostatika dohromady s monoklonální protilátkou proti antigenu CD20 – rituximab. Nachází se skoro u všech podtypů DLBCL na povrchu buněk. U chemo–imunoterapie (R–chemoterapie) dochází ke zvýšení léčebných odpovědí, a to k prodloužení života a k vyléčení vysokého počtu pacientů. U mladších pacientů s nahromaděním rizikových faktorů předpokládáme nedostačující léčebnou odpověď na R–CHOP. U těchto nemocných jsou stanoveny speciální klinické protokoly. Pacienti jsou indikováni k vysoce dávkované léčbě ukončené autologní transplantací kmenových buněk krvetvorby. U relabujících či refrakterních nemocí u mladších pacientů zvažujeme alogenní transplantaci od HLA – shodného dárce. Radioterapii používáme u pacientů, u kterých není možná léčba R – chemoterapií, tedy u nemocných s přidruženými onemocněními, neboť by léčba znamenala riziko komplikací ohrožující život. Radioterapii využíváme i u starších pacientů s lokalizovaným stadiem choroby. Indikuje se i paliativně při zmenšení symptomů či k potlačení růstu nádoru u refrakterních pacientů (Indrák, 2014).

## **Transplantace krvetvorných buněk**

Léčebný postup, který se uplatňuje u léčby zhoubných krevních onemocnění. Pacientovi je aplikována krvetvorná tkáň, která nahrazuje zhoubně změněnou nebo poškozenou krvetvorbu, jeho nefunkční, anebo nesprávně fungující kostní dřeň. Máme tři typy transplantací: autologní, alogenní a syngenní. Při autologní transplantaci dochází k převodu vlastní krvetvorné tkáně, která je odebrána před radioterapií nebo aplikací vysokodávkované chemoterapie. V období podání léčby je krvetvorná tkáň zamrazena. Po transplantaci pacient nemusí užívat žádná imunosupresiva. U alogenní transplantace dochází k přenosu od zdravého dárce. U alogenní příbuzné transplantace je dárce HLA identický sourozenec, mohou být i HLA shodný nebo HLA podobný příbuzný. Další alogenní transplantací je nepříbuzná, dárce je HLA vhodný člověk. Krvetvorná tkáň získaná od zdravého jednovaječného dvojčete se nazývá syngenní transplantace. DNA obou sourozenců musíme dokázat genetickou identitu (Vorlíček, 2012).

## **2.4. Ošetrovatelská péče o pacienta s lymfomem**

V této kapitole je popsána ošetrovatelská péče u pacientů s lymfomem. Zaměřuje se především na problémy, které je trápí nejvíc, a těmi jsou váhový úbytek a malnutrice, mukozitida, průjem, zácpa a bolest. Závěr kapitoly se zabývá terminálním stadiem nemoci a paliativní péčí. V neposlední řadě jsou také pro pacienty důležité informace, že existuje i pacientská organizace –

Lymfom Help. V průběhu ošetrovatelské péče jsou o ní pacienti informováni a seznámeni, s čím se organizace

Ošetrovatelská péče je poskytována prostřednictvím ošetrovatelského procesu, který se zaměřuje na uspokojování biologických, psychických, sociálních a spirituálních potřeb. Ošetrovatelskou péči dělíme na základní, specializovanou a vysoce specializovanou. V základní ošetrovatelské péči je věnována péče pacientům bez porušených fyziologických funkcí a v dobrém psychickém stavu. Specializovaná a vysoce specializovaná péče se stará o pacienty s patologickými změnami psychiky, s narušenými nebo selhávajícími životními funkcemi, s omezenými aktivitami běžných činností denního života a o nemocné v terminálním stádiu. Ošetrovatelská péče vychází i z Maslowovy pyramidy lidských potřeb (Bužgová et al., 2011).

#### **2.4.1. Malnutrice a váhový úbytek v onkologii**

Stav výživy ovlivňuje celkovou úspěšnost léčby. Při dlouhodobém nedostatečném příjmu stravy dochází k podvýživě a malnutrici. Důležité je včas zahájit nutriční podporu. Na poruše výživy pacienta se podílí nevolnost, zácpa, bolest anebo dušnost. Nemocný s onkologickým onemocněním prožívá strach, nejistotu a nervozitu, a to má za následek ztrátu chuti k jídlu a nauzeu. Nejdůležitější je tedy zajistit dostatečnou výživu a upravit jídelníček pacienta, aby nedocházelo k další ztrátě jeho hmotnosti. Nejprve dáváme přednost přirozenému způsobu výživy. Při déletrvajících nebo opakovaných potížích při rozvoji poruchy doporučujeme některou formu z klinické umělé výživy (In:Linkos.cz). Pacientům je doporučeno, kteří trpí nízkým příjmem stravy, nevolností a nechutenstvím následující doporučení. Aby se pacienti stravovali zvýšeným příjmem kvalitní pestré stravy a to pět až šest porcí za den. Nadále je doporučeno, aby nepili při jídle – zvyšování pocitu sytosti bez kalorií, vhodné je dát si na konci jídla zeleninu nebo ovoce a jíst v klidu a pomalu. Při léčbě lymfomu chemoterapií může dojít k poklesu bílých krvinek (neutropenie a leukopenie) a dochází k oslabení organismu proti infekci. Pacientům je doporučena na přechodnou dobu nízkomikrobiální strava. Omezení ve stravě je krátké, většinou druhý týden po zahájení chemoterapie a většinou nepřesahuje dobu jednoho týdne. Pacienti by se neměli stravovat v bufetech a v restauracích (Janíková, 2012). U nemocných, u kterých nelze udržet dostatečný perorální příjem nebo tělesnou hmotnost, je doporučeno popíjení po malých dávkách přípravky enterální klinické výživy – sipping. Pacienti mají možnost výběru z velkého typu přípravků a příchutí. Ve velké části přípravků není zahrnut lepek ani laktóza. K dostání je sipping ve formě džusu, bez obsahu tuku, mají sladkou příchut' a jsou i speciálně přizpůsobené pro diabetiky. Někteří pacienti odmítají sladkou příchut', tak lze nemocným podat sipping neutrální chutě. Pacienti mohou využít i doplňky v práškové formě, které mohou rozpouštět v tekutých potravinách nebo přidávat do polévek nebo omáček, jsou bez příchutě. Nemocný je důležité poučit, než začnou sipping popíjet, aby popíjeli po malých doušcích během hodiny mezi jídly nebo po jídle. Neměl by vypít celé pitíčko naráz, mohlo by dojít u pacienta k nadýmání, žaludeční nevolnosti nebo průjmům (Vorlíček, 2012).

#### **2.4.2. Mukozitida a problémy v dutině ústní u onkologického pacienta**

Protinádorová léčba může být komplikována poškozením sliznic zažívacího traktu – mukozitidou, která se projevuje jako ložiskové afty v dutině ústní anebo bolestivé polykací potíže. Vytváří se při ozařování hlavy a krku, jícnu nebo břicha a po silné chemoterapii, častěji

u oslabených pacientů s úbytkem hmotnosti. Mukozitida trvá i několik týdnů, než se spontánně zahojí. Přechodně se může podávat umělá výživa do žíly anebo do střev. Může se i u nemocných objevit v ústech a krku bolestivost nebo krvácení. Je důležité to hned nahlásit sestře nebo lékaři, důležité je zahájit ihned léčbu buď místní, nebo celkovou. Pacienta poučíme, aby kloktal speciálními roztoky a vyplachoval si ústa před jídlem zmenšující bolest (In: Linkos.cz).

### **2.4.3. Průjem a zácpa u onkologického pacienta**

#### **Průjem**

Chemoterapie působí na výstelku střev. Když průjem je doprovázen křečemi a bolestí, anebo trvá déle než 24 hodin, je potřeba informovat lékaře. Lékař naordinuje v těžších případech potřebnou medikaci. Důležité je jíst malé množství jídla několikrát za den, vyhnout se jídlům s velkým obsahem vlákniny, jako jsou ořechy, ovoce, syrová zelenina, fazole a obilniny. Měla by se naopak konzumovat potrava s malým obsahem vlákniny, např. brambory, kompoty s loupaným ovocem, tvaroh, vejce, jogurt, bílý chléb, banán, nudle a rýže. Naprosto nevhodné jsou sladkosti, smažená, mastná a ostrá jídla, alkohol, káva a čaj. Do stravy bychom měli zařadit potraviny s vysokým obsahem draslíku – kalia, jelikož se v souvislosti s průjmy tento minerál ztrácí. Dále bychom měli pít dostatek tekutin, nejlépe vodu, jablečný džus a slabý černý čaj (In: Linkos.cz).

#### **Zácpa**

Zácpu může způsobovat snížení tělesné aktivity a změna jídelníčku. Pokud nedojde k vyprázdnění ani po dvou dnech, je nutné o tom informovat lékaře. Pacienti nesmí sami užívat žádná projímadla, ani volně prodejná, a vždy by se měli poradit s lékařem. Důležité je pít dostatek tekutin a jíst potraviny s vysokým obsahem vlákniny, žádoucí je i sušené ovoce (In: Linkos.cz).

### **2.4.4. Ošetřovatelská péče o pacienta s centrálními žilními vstupy**

#### **Aktuální doporučení v péči o periferní žilní katétr**

Ke krátkodobému použití k aplikaci léčiv, krevních derivátů, infuzní terapie a kontrastních látek používáme periferní žilní katétr. PŽK zavádíme, předpokládáme – li, že pH podaných léků je 5 – 9, osmolarita bude pod 600mosm/l, očekáváme léčbu kratší než týden, žíly jsou dobře dostupné. Pokud to nelze provést, je vhodné zvolit jiný vhodný centrální či periferní přístup. PŽK se snažíme zavést do nedominantní ruky, do rovných dobře viditelných anebo hmatných žil. Nesmíme zavádět, kde jsou anatomické deformity nebo stranová omezení – A – V shunt, mastektomie. Nejčastěji zavádíme do paže či předloktí. Máme různé druhy krytí, mezi nejčastější patří: textilní krytí, polyuretanová fólie a kombinace textilního krytí a polyuretanové folie. Textilní krytí je zhotoveno z netkané textilie. Má dobrou prodyšnost a absorpční schopnost. Nevýhoda je propustnost krytí pro vodu a neprůhlednost. Polyuretanová fólie je polopropustná, prodyšná a průhledná. Je nepropustná pro mikroorganismy a vodu. Kombinace textilního krytí a polyuretanové folie propojuje přínos textilního a transparentního krytí. Místo vpichu a okolí hodnotí sestra systematicky a pravidelně. Krytí převazujeme každých 5 – 7 dní, je – li krytí znečištěno nebo vlhké anebo předpokládáme komplikaci a potřebujeme místo zkontrolovat pohledem. Aktuální doporučení INS uvádí, že odstraňujeme katétr pokud: 24 hodin jsme ho nepoužili a blízké době nepoužijeme, vyskytli se komplikace (zarudnutí, otok, bolestivost,

paravazace) anebo byl zaveden za nestandardních podmínek (Zdravotnická záchranná služba), by měl být vyměněn do 24 – 48 hodin (Sedlářová, 2017).

### **Žilní přístupy pro střednědobou a dlouhodobou protinádorovou léčbu.**

Při dlouhodobé léčbě může být periferní systém zatěžován, z toho důvodu je centrální vstup. Do centrálního řečiště podáváme léky s vyšším pH, osmolaritou a chemickou strukturou. U onkologického pacienta zvažujeme mnoho faktorů při výběru žilního přístupu. Při déletrvajícím léčbě můžeme použít: centrální katétr implantovaný z periferie (PICC), intravenózní port a tunelizovaná centrální kanyla. Tunelizovaná centrální kanyla se dá použít při déletrvajícím protinádorové léčbě, u nás je používána především k parenterální výživě. PICC se zavádí pod ultrazvukem přes vena basilica, vena cephalica nebo vena brachialis do přechodu horní duté žíly v pravou síň. Proto ho můžeme zařadit do centrálních vstupů. Ze stejného místa zavádíme midline, ale ten nepatří do centrálních katétrů, protože je kratší a končí už ve vena subclavia. Midline je zaváděn na 4 – 6 týdnů. Při výběru žilního přístupu bereme v úvahu klinický stav pacienta včetně krevní srážlivosti, délka léčby, frekvence používání a anatomické překážky. PICC může pacientovi zavést vsedě případně semihorizontální poloze. Můžeme ho zavádět i u pacientů s poruchou krevní srážlivosti. Při aplikaci je nutné dodržovat přísně aseptické podmínky. Každý týden by mělo dojít k propláchnutí katétru a dle potřeby vyměňovat krytí (Maňásek, 2015).

### **Adaptovaný klinický doporučený postup: zavádění a ošetřování periferních žilních vstupů u novorozenců a kojenců**

U novorozenců a kojenců se zajišťuje periferní žilní vstup pro podání léků, parenterální výživy, krevních derivátů a opakovaných odběrů krve. Kojencům a novorozencům zavádí periferní žilní katétr dle ordinace lékaře dětská sestra nebo všeobecná sestra se specializací dětská sestra. Pod odborným dohledem lékaře může zavádět PŽK porodní asistentka pro intenzivní péči. Všeobecná sestra a praktická sestra mohou ošetřovat periferní žilní vstup. U novorozenců a kojenců zavádíme nejdříve na hřbet ruky. Dají se dobře fixovat a jsou viditelné. Nadále může zavést vstup do vena basilica a nebo do žil na nártu nohy. Když se vyčerpají všechny možnosti, můžeme zavést periferní žilní vstup na hlavičku – za ucho, na spánek anebo doprostřed čela. Pro lepší přehlednost podkožních žil lze použít prosvícení studeným světlem, která prosvítí tkáň. Těsně před punkcí se používá nejčastěji stisk paže nebo holeně rukou asistujícího. Před zajištěním žilního periferního vstupu je možné před vpichem podat 24% sacharózu anebo v průběhu výkonu multisenzorickou stimulaci. Lze i využít lokální anestezii místa vpichu například krémem ELMA. U novorozenců může dojít k tvorbě methemoglobinu. U nedonošených dětí se k dezinfekci používá sterilní voda. Dezinfekční prostředky obsahují alkohol, mohou způsobit hypoglykémii, poškodit CNS, nekrózu kůže a metabolickou acidózu. Sestra každou hodinu vizuálně kontroluje periferní žilní vstup. Při výskytu komplikací kontroluje každých 5 – 10 minut. Mezi nejčastější komplikace patří hematoma, zatvrdnutí, spasmus cévy nebo bolestivý pruh v průběhu žíly. Při odstranění žilního vstupu sestra postupuje opatrně, aby netraumatizovala dítě a nedošlo k zanesení infekce (Fendrychová, 2018).

### **Péče o porty**

Patří do uzavřeného systému, který zajišťuje dlouhodobý žilní přístup. Do portu je možné podávat léčiva, ale i z něho odebírat krev. Je složen z plastové komůrky, které je umístěna

v podkoží, nadále z hadičky zavedené do centrálního žilního systému a z katetru. Port může být zaveden i několik let, lze provést až 2000 vpichů. Zavádí se v místní anestezii jako menší chirurgický zákrok. S portem může pracovat pouze proškolená sestra na certifikovaném pracovišti. Do portu se používá speciální jehla – Hubertova, nikdy se nesmí použít běžná jehla. Používáme injekční stříkačky nejméně o objemu 10ml, menší vyvinout tlak a port by mohly poškodit. Port uzavíráme heparinovou zátkou mimo dobu podání léčiv či odběru krve. Jestli port není delší dobu používán, je nutná ho aspoň jednou měsíčně propláchnout a zkontrolovat funkčnost. Mohou se vyskytnout komplikace například: nemožnost aspirace, bolest či kožní změny v místě portu. Do závažných komplikací řadíme: infekce portového systému vedoucí bakteriemií až sepsi. Bezprostředně po zavedení může dojít k rozvoji krvácení či pneumotoraxu. Nemocný po zavedení portu dostane průkaz nositele portu, kam se pacientovi zapisují všechny manipulace s portem, ale i komplikace (Vorlíček, 2012).

#### **2.4.5. Bolest u onkologického pacienta**

Intenzita bolesti je důležitým vlivem, který určuje působení bolesti na pacienta. Bolest je subjektivní příznak, proto pokaždé zaznamenáváme údaj od pacienta. Intenzita bolesti se obtížně získává anebo je nemožná například u nemocných s delirantním a dementním syndromem a u malých dětí. U těchto pacientů je důležité zhodnotit jejich bolest podle pečlivého sledování projevů bolestivého chování. Jsou různé řady metod pro měření intenzity bolesti, které se dělí do dvou skupin – jednoduché (unidimenzionální) a vícerozměrné (multidimenzionální).

- jednoduché (unidimenzionální)

V této oblasti dochází k vyjádření jedné souhrnné hodnoty komplexním prožitkem bolesti. Nejvíce používáme tyto škály bolesti: verbální, vizuální analogovou a numerickou. U verbální škály hodnotí nemocný intenzitu bolesti pomocí poskytnutých druhů (žádná – mírná – středně silná – silná – nesnesitelná). U vizuální analogové škály určuje nemocný intenzitu trojúhelníku nebo úsečky od žádné bolesti až po nejhorší bolest co si umí představit. U numerické škály pacient přiřadí k síle bolesti číslo nejčastěji od 0 – 10. Desítka značí největší bolest. Nemocný chápou lépe numerickou škálu než analogovou.

- vícerozměrné (multidimenzionální)

U multidimenzionální techniky měření bolesti používáme dotazníkové hodnocení. V dotazníkovém hodnocení zjišťujeme: charakteristiku bolesti, pacientovy emoce, působení bolesti na denní aktivitu, charakteristiku bolesti a efekt zavedené léčby. Ke klasifikaci nádorové bolesti se používá dotazník Brief Pain Inventory – BPI. McGillův dotazník bolesti se ve světě využívá pro chronickou nenádorovou bolest. Dotazníky se v praxi moc nevyužívají. Při zavedení dotazníku je důležité zvážit, zda jsou všechny informace relevantní a pro nemocného nejsou nepříjemnou zátěží (Vorlíček, 2012).

#### **Akutní bolest**

Vytváří se při poškození tělesné tkáně chorobou, operačním zákrokem nebo úrazem. Bolest může trvat několik hodin, dnů nebo týdnů. Je to přirozená reakce organismu na poškození. Patří



mezi závažné varovné signály. Velká bolest ovlivňuje psychické zatížení. Abychom odstranili bolest, musíme nejdříve vyléčit příčinu (In: Linkos, 2019).

### **Chronická bolest**

Chronická bolest trvá tři i více měsíců. Chronická bolest není varovným signálem, je sama o sobě nemocí. Cílem léčby je odstranění bolesti. U silné bolesti si dáváme za cíl zaručit klidný spánek; zmírnit anebo odstranit bolest při tělesné aktivitě a klidu (In: Linkos, 2019).

### **Medikamentózní léčba**

Podání medikamentózních léků má svoje pravidla, která by se měla dodržovat: analgetika musíme podávat v přesných časových intervalech, u chronické bolesti podáváme analgetika pravidelně, není vhodné podávat analgetika, až když vznikne bolest tzv. dle potřeby, poté je obtížnější utišení bolesti. Analgetika nasazujeme postupně od slabších po nejsilnější; můžeme je kombinovat s dalšími pomocnými léky, jako jsou například benzodiazepiny, antidepresiva, antipsychotika a antikonvulziva. Světová zdravotnická organizace proto vypracovala třístupňový analgetický žebříček: **I. stupeň** = neopioidní analgetikum +/- pomocný lék; **II. stupeň** = slabý opioid + neopioidní analgetikum +/- pomocný lék; **III. stupeň** = silný opioid +/- neopioidní analgetikum +/- pomocný lék (In: Linkos, 2019). Nemocným s mírnou bolestí (první stupeň žebříčku WHO) jsou na ordinovány neopioidní analgetika, která se dělí na dvě podskupiny – nesteroidní antiflogistika (indometacin, ibuprofen, celecoxib, nimesulid, diklofenak) a analgetika – antipyretika (metamizol, kyselina acetylsalicylová, paracetamol). Koanalgetikum podáváme u neuropatického typu bolesti. Do druhého stupně žebříčku WHO řadíme léčbu středně silné bolesti – slabé opioidy. Do slabých opioidů zahrnujeme tramadol, kodein, tilidin a dihydrokodein. Nejčastěji se využíván tramadol. Mezi jeho výhody patří příznivý poměr účinku proti nežádoucím a také dostupnost lékových forem. Silné opioidy (třetí stupeň žebříčku WHO – léčba silné bolesti) jsou ordinovány u nemocných se silnou bolestí a u středně silné bolesti kde nepomohly léky druhého stupně. K silným opioidům můžeme podávat dle okolnosti patofyziologie bolesti adjuvantní analgetika a neopioidní analgetika. Do silných opioidů řadíme morfin, fentanyl, oxycodon a buprenorfin (Vorlíček, 2012).

### **Léky proti bolesti (analgetika)**

Léky proti bolesti dělíme na skupiny - neopioidní analgetika a opioidy. Neopioidní analgetika máme buď nesteroidní protizánětlivá analgetika, anebo prostá významnější protizánětlivé aktivity (paracetamol, metamizol – Novalgin, Algifen), nejsou vhodná při onemocnění jater (In: Linkos, 2019).

#### *Nesteroidní protizánětlivá analgetika*

Do této skupiny léků řadíme například: indometacin – nyní je pouze v čípcích; nimesulid – Aulin; ibuprofen – Brufen, Ibuprofen, Nurofen); aceklofenak – Biofenac; diklofenak - Veral, Diclofenac, Olfen, Voltaren.

Tato analgetika tlumí zánětlivou bolest a bolest při poškození kostí. Vyvolávají zažívací obtíže, z toho důvodu by se měla užívat po jídle. Riziko poškození trávicího traktu se zvyšuje ve věku nad

65 let a při používání dalších léků, jako jsou kortikoidy, warfarin a kyselina acetylosalicylová. Z těchto důvodů je vhodné brát současně léky na ochranu sliznice žaludku – omeprazol anebo pantoprazol. Není vhodné kombinovat vzájemně nesteroidní protizánětlivá analgetika.

### *Opioidy*

Dříve byly označovány jako opiáty. Rozdělujeme je podle intenzity na slabé a silné opioidy. Slabé opioidy užíváme samostatně, anebo v kombinaci s neopioidními analgetiky. Patří sem kodein, tramadol a dihydrokodein. U nás jsou dostupné některé léky, v nichž jsou opioidy zkombinovány s analgetiky v jedné tabletě: kodein + paracetamol (Korylan, Ultracod, Talvosilen) nebo tramadol + paracetamol (Zaldiar, Doreta). Do silných opioidů zařazujeme: morfin; fentanyl; buprenorfin – náplasti Transtec; oxykodon – Oxycontin; hydromorfon – Palladone; tapentadol – Palexia. K vedlejším účinkům opioidů řadíme celkový útlum, ospalost, nauzeu a zvracení, sucho v ústech a zácpu (In: Linkos, 2019).

#### **2.4.6. Psychické důsledky onemocnění**

Psychoonkologie se věnuje souhrnnými vztahy mezi neuroendokrinními, psychosociálními a neuroimunologickými faktory v rámci vývoje nádoru. V různých studiích byly prokazovány nepříznivé a příznivé vlivy psychosociální povahy na průběh onemocnění. Fawzy provedl diferencovanou analýzu u pacientů s rakovinou psychosociální intervenční metodu. Fawzy uvádí pět fází „nádorového prožívání“ – zjištění diagnózy, léčba, zotavení případný nástup recidivy a terminálně – paliativní opatření (Tschuschke, 2004).

- **zjištění diagnózy** – v procesu diagnózy nemocní podceňují důležitost své nemoci. Pacienti mohou zavrhnout návrh léčby anebo jí odmítají a hledají jiné možnosti. Nemocný prožívá zároveň depresi a vztek / zlost, akutní smutek, dochází ke snižování schopnosti koncentrace a psychomotorickému zpomalování a změnám poruchy spánku a chuti (Tschuschke, 2004).
- **léčba** - na začátku terapie zažívají smutek, vztek, bezmoc, depresi, strach, ztrátu kontroly, beznaděj a pocit viny. Nemocní, kteří čekají na operaci, odsouvají termín operace a hledají neoperativní metody. Bojí se očekávané změny těla. Pacienti, kteří se mají podrobit léčbě ozařováním, mají strach z přístroje, marnosti léčby a někdy u nich může dojít k halucinacím podobným psychóze. Pro nemocné je důležité, aby získali další informace pomocí lékaře nebo vyškolené zdravotní sestry. Většinu nesnází můžou zvládnout pomocí skupinové terapie (Tschuschke, 2004).
- **zotavování** – po skončení terapie předpokládají, že by to mohlo být všechno za nimi. Skoro každá nemocná přemýšlí nad tím, že by se rakovina u něj mohla projevit znovu. Většina pacientů má potíže se aklimatizovat s omezením v pracovním nebo soukromém životě, z důvodů působících vnějších vlivů. Je důležité nemocnému poskytnout další informace, ale i individuální psychoterapeutickou pomoc či zvládnout trápení prostřednictvím farmakologie (Tschuschke, 2004).
- **případný nástup recidivy** – u pacientů u kterých dojde k recidivě nebo vyžadují další terapii, reagují stejně jako při zjištění diagnózy, ale intenzivněji. Reagují popřením, šokem,

velkým strachem, vztekem, hlubokou depresí či zoufalstvím. Tvrdí, že to nemůže být pravda. V téhle chvíli je nutné jim poskytnout doporučení a informace týkající se následující terapie (Tschuschke, 2004).

- **terminálně – paliativní opatření** – nemocní se bojí izolace od své rodiny. Obávají se umírání a toho co přijde po smrti. Bojí se tělesných komplikací - potíží s dýcháním a bolestí. Vyskytuje se u nich smutek, strach a akutní deprese. Zásadní je u pacienta potlačit efekt terminálního onemocnění – tlumení bolesti prostřednictvím onkologa a zdravotní sestry. Nemocnému je nabídnut kněz nebo psycholog (Tschuschke, 2004).

#### 2.4.7. Terminální stav a paliativní péče

Sestry pracující s onkologickými pacienty se setkávají s různými fázemi psychické odezvy na závažné zdravotní stavy, jak je definuje teorie Horowitze či Kübler – Rossové.

- **šok** – velmi citově silná odpověď projevující se strnulostí nebo naopak silným neklidem, pláčem, ztíženým dechem; pacienti se většinou tážou proč; zpravidla sama odezní a trvá různě dlouho
- **popření** – pacienti se odmítají vyrovnat s diagnózou; obavu sdělují větami: určitě se jedná o omyl, mně nic není, to nemůže být pravda, nechte mne na pokoji; tato fáze může trvat celou dobu léčby a tím ji ztížit
- **agrese** – nemocný dává najevo zlost vůči zdravým lidem; podle způsobu myšlení nechtějí mluvit se zdravotníky nebo se hádají a odmítají léčebné zákroky a pomoc
- **smlouvání** – pacienti se upínají na boha a k autoritě lékaře; slyšíme od nich věty typu například: chci vidět děti vyrůstat, chci se dočkat vnoučat, musím dokončit dům
- **deprese** – patří do nejtěžší fáze; pacienti se stáhnou do sebe, odmítají spolupráci s okolím, trpí pocitem úzkosti, beznaděje a strachu; Toto stádium je pro léčbu a pacienty velmi nebezpečná; je nutné naordinovat psychofarmaka
- **smíření** – v této fázi dochází k psychickému uvolnění; pacienti spolupracují na své léčbě a jsou zklidnění (Vorlíček, 2012)

#### Terminální stav

Terminální stadium nemoci je fáze, kdy je protinádorová léčba neúčinná a nevede k prodloužení života. Léčení by přispívalo ke zhoršení kvality života. U pacientů tišíme bolest a snažíme se zachovat jejich důstojnost, to obstarává léčba symptomatická. Aplikují se léky zklidňující – sedativa. O pacienty v terminálním stádiu se starají organizace, které zajišťují péči u pacienta doma, anebo specifická zdravotnická zařízení – hospice (In: Linkos, 2019). Hospicová péče dle Svatošové se rozděluje na tři období: první období – pre finem, druhé období – in finem a třetí období – post finem. U prvního období nelze zdravotní stav kurativně zlepšit. Nemocný si začíná uvědomovat blížící se konec. V druhém období pacientům ubývá psychických i fyzických sil. Nastupuje u nich únava, slabost a somnolence. Začínají ztrácet zájem o okolí a nechtějí přijímat nic per os. Rodina potřebuje velkou podporu a loučí se. Do třetího období nespádá jen péče

o mrtvé tělo, ale i psychická podpora pro pozůstalé bezprostředně po úmrtí, ale i delším časovém úseku (Marková, 2010).

### **Paliativní péče**

Cíle léčby se v průběhu nemoci mění, proto musí lékař pravidelně s pacientem hovořit o tom, co má od léčby očekávat a čeho lze léčbou docílit. Dle typu nádoru a stupni jsou tři situace, které lze léčbou dosáhnout.

- **Kurativní protinádorová léčba** - cílem je vyléčení; usilujeme nádor z těla odstranit léčbou a způsobit stav plného zdraví – kompletní remise; pacienti jsou nadále sledováni, aby se návrat nádoru včas zachytil v co nejranějším stadiu
- **Paliativní protinádorová léčba** – cílem je prodloužení života v přijatelné kvalitě, snažíme se zmenšit nádor, zabránit jeho šíření a zastavit jeho růst; léčba zmírní obtíže a prodlouží život o několik měsíců nebo let
- **Symptomatická paliativní péče** - cílem je mírnění obtíží; snažíme se udržet dobrou kvalitu života (In: Linkos, 2019)

#### *Obecná paliativní péče*

Zdravotnická zařízení by měla poskytnout obecnou paliativní péči. Nedílnou součástí je zhodnotit pacientův stav a smysluplnost další léčby. Důležité je poskytnout péči a léčbu, která je důležitá pro kvalitu života. Řadí se sem hlavně léčba bolesti a ostatních příznaků, respekt k pacientovi a podpora rodině (Marková, 2010).

#### *Specializovaná paliativní péče*

Do specializovaných zařízení patří zařízení, která se přímo věnují paliativní péči. Zde pracuje vyškolený personál s profesionální úrovní a i počet personálu je vyšší k poměru počtu pacientů. Mezi takováto zařízení patří: denní stacionáře, lůžkové hospice, ambulance paliativní péče, oddělení paliativní péče, konziliární týmy paliativní péče a zvláštní zařízení paliativní péče (poradny, tísňové linky, půjčování pomůcek) (Marková, 2010).

## **2.5. Organizace pacientů – Lymfom Help**

### **2.5.1. Všeobecné informace**

Lymfom Help založili v září 2005 jako občanské sdružení bývalí pacienti. Rozhodli se proto, že chtěli pomoci pacientům s lymfomem a jejich rodině. Mezi aktivity sdružení Lymfom Help patří poradenství, osvěta veřejnosti, informační materiály a setkání pacientů. Všechny činnosti, které provozují, jsou bezplatné, tudíž dostupné všem. Poradenství poskytují buď prostřednictvím telefonní linky, nebo přes internetovou anonymní poradnu. Pacienti mohou informace získat na webových stránkách, jako je například [www.lymfomhelp.cz](http://www.lymfomhelp.cz), z magazínu Bulletin, který vychází dvakrát ročně, nebo z informačních brožur a příruček. Mezinárodní den lymfomu připadá každoročně na 15. září a jeho cílem je neustálé zvyšování povědomí o onemocnění maligním lymfomem, včetně rozpoznání příznaků a včasné návštěvy lékaře (In: Lymphomhelp, 2019).

*„Mezi cíle sdružení Lymfom Help patří: zviditelnit "pojem" onemocnění maligním lymfomem, pátou nejčastější onkologickou diagnózou mezi českou veřejností; zvýšit dostupnost informací o onemocnění, samostatných možnostech léčby a následné péče i dalších otázkách, se kterými se nemocní setkávají; sdružovat nemocné trpící maligním lymfomem, jejich příbuzné a blízké, zdravotní sestry i lékaře podílející se na léčbě tohoto onemocnění; vytvořit komunikační prostředek pro sdílení zkušeností mezi nemocnými, jejich rodinami či přáteli a okolím“ (In: Lymphomhelp, 2019).*

### **2.5.2. Časopis**

Pravidelně dvakrát do roka v červnu a prosinci vychází časopis Bulletin. Pacienti tam naleznou informace o onemocnění lymfomu, léčbě, aktuálním programu a akcích, které pořádá občanské sdružení. Časopis je zasílán na hemato – onkologická pracoviště a členům a příznivcům občanského sdružení. Nadále vydává Lymfom Help informační příručky. Pomocí informačních příruček podávají co největší množství informací pacientovi. Informační příručky, která občanské sdružení Lymfom Help vydává: Jak dál po léčbě lymfomu, Výživa pacientů s lymfomem, Hodgkinův lymfom – Informace pro pacienty, Nemoc a naše psychika, Co je dobré vědět o maligním lymfomu, Co je dobré vědět o onemocnění maligním lymfomem, Diagnóza Hodgkinova choroba, Diagnóza Nehodgkinův lymfom, Výživa při nádorovém onemocnění, Transplantace kostní dřeně – Průvodce Vaší léčbou a Průvodce léčbou poruch plodnosti (In: Lymphomhelp, 2019).

### **2.5.3. Poradenství**

Pacienti nebo rodinný příslušníci, kteří potřebují poradit, mohou využít poradenství, které nabízí občanské sdružení Lymfom Help. Poradenství probíhá přes e-mailovou poradnu, telefonní linku nebo pomocí konzultace s psychologem. Anonymní e-mailová poradna poskytuje konzultaci pomocí vysoce kvalifikovaných odborníků z řad lékařů Kooperativní lymfomové skupiny. Pomáhají jim vyřešit i ty nejdiskrétnější problémy, s kterými se můžou setkat při léčbě i po ní. Telefonní linka je v provozu pouze dva dny – pondělí a středa. Na telefonní lince jsou pacienti, kteří již ukončili léčbu. A mohou pacientům moci z vlastní zkušenosti. Konzultace s psychologem probíhá po předchozím objednání a je individuální a bezplatná. Poradenství je určeno pacientů, rodinným příslušníkům a blízkým osobám, během i po ukončení léčby (In: Lymphomhelp, 2019).

### **2.5.4. Setkání pacientů**

Setkání pacientů probíhají v Praze, dále jsou regionální, celostátní a víkendové pobyty. Pražská setkání probíhají zpravidla každá měsíc kromě letních prázdnin a v říjnu kdy probíhá Celostátní setkání pacientů. Součástí setkání je i odborná přednáška týkající se problematiky. Setkání se účastní i hematolog. Regionální setkání probíhá ve spolupráci s hematologickými pracovišti od roku 2006. Setkání probíhá v těchto regionech: Olomouc, Brno, Hradec Králové a Plzeň. Celostátní setkání je za finanční podpory Heřmanského nadace, které pořádá Lymfom Help ve spolupráci s Kooperativní lymfomovou skupinou každoroční setkání. Setkávání je pořádáno formou přednášek a zvyšuje se tím informovanost pacientů (In: Lymphomhelp, 2019).

## 2.5.5. Spolupracující organizace

### Pacientské

Mezi pacientské organizace řadíme: Platforma zdravotních pojištěnců ČR, z.ú. – zaměřuje se na zájem pojištěnců a pacientů; Asociace inovativního farmaceutického průmyslu – spojuje třicet pět společností, které dokážou vyvinout bezpečnější a účinnější léky; Amálie, z.s. – poskytuje bezplatnou psychosociální pomoc; Česká asociace vzácných onemocnění; Dobrý anděl – rodinám, kteří se dostali do finanční tísně kvůli onemocnění, pomáhají pravidelným měsíčním finančním příspěvkem (In: Lymphomhelp, 2019).

### Lékařské

Do lékařské odborné společnosti patří: Kooperativní lymfomová skupina, Hodgkinův lymfom, Česká onkologická společnost ČLS JEP a Česká hematologická společnost ČLS JEP (In: Lymphomhelp, 2019).

## 2.6. Edukace

Edukace je proces, při kterém dochází k učení, a to záměrně (intencionálně) nebo nezáměrně (incidentálně). Probíhá od prenatálního období až do smrti. Edukační proces má čtyři determinanty:

- edukant – pacient, který je edukován
- edukátor – člověk, který edukuje
- edukační konstrukty – plány, předpisy a edukační materiály, které ovlivňují edukační proces
- edukační prostředí – místnost, kde probíhá edukace, by měla mít příjemné osvětlení, teplotu a mělo by jít o klidné a tiché prostředí (Juřeníková, 2010).

Edukace je proces výchovy a vzdělávání, jehož cílem je osvojení si vědomosti, dovednosti a vytváření hodnotových a postojevých změn. Edukační proces v ošetrovatelství vede laickou veřejnost i současně pacienty k pochopení vlastního zdraví a nemoci, ale především je učí zdravému chování, nastavení správných hygienických návyků, dietnímu stravování apod. Dále učí vyhýbat se škodlivým návykům, jako je kouření, užívání drog a holdování alkoholu. Rozvíjí schopnosti poznání vlastního zdravotního stavu a případných odchylek v hodnotách krevního tlaku, hladiny cukru a tuků v krvi atd. a současně podává informace, jak se chovat při infekcích a úrazech (Kuberová, 2010).

Ke každému člověku přistupujeme s velkou dávkou empatie, s porozuměním a trpělivostí. Edukaci provádíme ve třech úrovních prevence – **primární, sekundární a terciální**. **Primární** se zabývá edukací zdravých lidí. **Sekundární** se zaměřuje na vzdělání a výchovu pacientů. Snažíme se, aby onemocnění nepřešlo do chronického stádia. **Terciální** se zabývá výchovou pacientů, u kterých není vyléčení již možné. Spolupracuje i s rodinnými příslušníky. Edukace probíhá **individuálně**, ale i ve **skupině**. Edukace v ošetrovatelství je základní, komplexní a reedukace (pokračující). Základní edukace se používá u pacientů, kteří mají nově zjištěnou nemoc.

V komplexní edukaci edukátor nejen vysvětluje, ale i edukanta zapojuje do aktivit a cvičení. Reeducace je pokračující, navazuje na předcházející vědomosti. Zabývá se opakováním a předává pacientovi další informace. Cílem v edukaci ošetrovatelství je dosáhnout pozitivní změny a zvýšení kvality života (Kuberová, 2010). **Metodou edukace** je mluvené slovo – výklad, diskuze; audiovizuální prostředky – DVD, VHS, CD a tištěný materiál – brožurka, leták plakát do čekáren a odměnový materiál pro děti. **Forma edukace** může být individuální, skupinová anebo distančního učení (Svěráková, 2012). **Cíle edukace dělí na kognitivní, afektivní a psychomotorické.** Cíle kognitivní se zaměřují na způsobilost, vědomost a poznávací schopnosti. Do cílů afektivních zařazujeme oblast postojů, citů, sociálně – komunikativních dovedností a hodnotové orientace. Cíle behaviorální – psychomotorické se zabývají návyky a motorickými dovednostmi. Označujeme je i jako výcvikové. **Edukační proces utváří pět fází** – posuzování, diagnostika, plánování, realizace (fixace, motivace, aplikace, exploze) a vyhodnocení. První fáze edukačního procesu se zabývá sběrem, analýzou a tříděním údajů. Údaje sbíráme pozorováním, rozhovorem, z dotazníku, z dokumentace a fyzikálního vyšetření. Ve druhé fázi edukačního procesu vymezujeme potřeby a problémy jedince. U třetí fáze edukačního procesu utváříme edukační plán a stanovíme si cíle. V této fázi vybíráme edukační metody a pomůcky. Ve čtvrté fázi edukačního procesu realizujeme edukaci a přizpůsobujeme se tempu edukovaného. V páté fázi edukačního procesu hodnotíme úspěšnost edukace (Kuberová, 2010).

### 3. Použité metody

#### 3.1. Případová studie

Pro svoji práci jsem si zvolila kvalitativní výzkumné šetření - případovou studii, abych popsala ošetrovatelskou péči u pacientky s diagnózou DLBCL. Vypracování kazuistiky pomáhá sestrám v ošetrovatelské péči a pacientům k získání informací o péči.

Případová studie se zabývá rozbořem a popisem jedné nebo více situací. U případové studie shromažďujeme velké množství dat u jednoho nebo více klientů. Kazuistika je založena na popisu vztahů, na zachycení složitosti případu v jejich celistvosti. Na závěr případové studie se zkoumaná situace zařazuje do širších kontextů (Hendl, 2012).

#### 3.2. Metodologie

K získání teoretických poznatků jsem použila kromě vlastního vyhledávání zdrojů v dostupných databázích, jsem požádala i Národní lékařskou knihovnu o vypracování rešerše. Vyhledávání proběhlo v databázích: BMČ, PubMed, EBSCOhost a Medline. Po shromáždění zdrojů jsem si sestavila osnovu práce.

V teoretické části jsem si zvolila jako cíl souhrn teoretických znalostí na dané téma Ošetrovatelská péče pacienta s lymfomem. Praktickou část jsem zpracovala formou kazuistiky u pacientky s diagnózou DLBCL. Z ošetrovatelských modelů jsem si vybrala model funkčního zdraví Majory Gordonové. Kazuistiku jsem vypracovala na základě informací, které jsem získala od pacientky, z dokumentace, od zdravotnického personálu a pozorování. Využila jsem hodnoticí a měřicí škály. V závěru bakalářské práce jsem vytvořila edukační leták pro pacienty.

#### 3.3. Etické aspekty

„Žádost o schválení případové studie“ jsem podala ve zdravotnickém zařízení, v němž jsem vykonávala případovou studii. Žádost mi byla vrácena se souhlasem náměstkyně ošetrovatelské péče pro nelékařské zdravotnické obory. Anonymizovaný vzorový souhlas je přiložený v bakalářské práci (Příloha č. 1), z důvodu dodržování etických pravidel. Ve zdravotnickém zařízení jsem žádala i etickou komisi a dostala jsem taky povolení provádět v jejích zdravotnickém zařízení případovou studii.

„Souhlas pacienta s účastí na výzkumu“ jsem získala od pacientky ústní formou a následně na základě žádosti, kterou pacientka podepsala. Potvrdila jsem jí, že se nikde neobjeví její jméno, rodné číslo a ani název zdravotnického zařízení. Pacientce bylo vysvětleno, že její účast je dobrovolná a studie je anonymní. Pacientka souhlasila.

#### 3.4. Ošetrovatelský proces

Fáze ošetrovatelského procesu zaznamenáváme do ošetrovatelské dokumentace dle platné legislativy. Skládá se z pěti fází na sebe navazujících:



- Posuzování (ošetřovatelská anamnéza)
- Diagnostika
- Cíle a plánování
- Realizace
- Hodnocení

### **Posuzování (ošetřovatelská anamnéza)**

V první fázi zjišťujeme informace o pacientovi. Do této fáze zařazujeme sběr informací, ověřování, třídění a záznam informací o pacientovi. Přesné a úplné informace jsou důležité pro uskutečnění dalších fází. Zdravotní sestra musí pečlivě získávat informace od pacienta nebo jeho doprovodu. Důkladně se musí ptát na všechny potřeby, kde se najdou abnormality nebo dysfunkce. Po uskutečnění rozhovoru provedeme fyzikální vyšetření a hodnotící a měřicí škály (Bužgová et al., 2011).

### **Diagnostika**

Diagnostika je druhou fází ošetřovatelského procesu. Ošetřovatelské diagnózy napomáhají při plánování a realizaci ošetřovatelské péče. Tvoří tři kroky na sebe navazující – analýza údajů, identifikace zdravotních problémů a diagnostická formulace. Ošetřovatelskou diagnózu rozdělujeme do tří fází a každá se zaměřuje na diagnostiku jiného druhu (Bužgová et al., 2011). U fází uvádím příklad ošetřovatelských diagnóz pro daný druh.

#### *fáze*

1. aktuální – akutní bolest
2. potencionální – riziko vzniku infekce z důvodu zavedení ČŽK
3. na podporu zdraví - ochota ke zlepšení zdravotního stavu (Bužgová et al., 2011)

### **Cíle a plánování**

Patří do třetí fáze ošetřovatelského procesu. Sestra po určení diagnózy vypracovává individuální plán péče. Je důležitý pro získávání kvalitní ošetřovatelské péče. Tato fáze se skládá z následujících kroků – vytvoření priorit, formulace cílů, plánování intervencí a sestavení písemného plánu. Ke stanovení prvenství a sledu ošetřovatelských diagnóz nám pomáhá Maslowova pyramida lidských potřeb. Cíle dělíme na krátkodobé a dlouhodobé (Bužgová et al., 2011).

### **Realizace**

Je čtvrtou fází ošetřovatelského procesu. Zaměřuje se na dosažení stanoveného výsledku, který jsme si utvořili v plánu ošetřovatelské péče. Realizaci dělíme na přímou (poskytovanou spolu s pacientem) a nepřímou (poskytuje se mimo pacienta, například na péči o pomůcky). Dle kompetence sestry je dělíme na tři typy.

*typy*

- nezávislé – vykonává dle svých vědomostí, zručností a kompetencí (hygienická péče o pacienta)
- závislé – provádí dle ordinace lékaře nebo asistuje lékaři (odběr biologického materiálu)
- součinné – vykonává sestra společně s jiným členem zdravotnického týmu (rehabilitace) (Bužgová et al., 2011)

### **Vyhodnocení**

Tvoří pátou fázi ošetrovatelskou procesu, tudíž poslední. Při splnění cíle může být ošetrovatelská péče ukončena. V případě, že nedošlo ke splnění cíle, musíme odůvodnit, proč nedošlo k jeho dosažení, a musíme přehodnotit cíle a plánování. Hodnocení je rozděleno na tři typy podle toho, kdy se uskutečňuje.

*typy*

- termínované – realizuje se v daném čase nebo datu
- průběžné – během celé doby poskytované ošetrovatelské péče
- závěrečné – provádí se při propuštění nebo překladi (Bužgová et al., 2011)

## 4. Případová studie

### 4.1. Základní údaje o pacientovi

Případovou studii jsem vypracovávala na hematologické klinice u pacientky s diagnózou B – buněčný lymfom z velkých buněk, difuzní. Pacientka byla hospitalizována k plánovanému podání 4. cyklu chemoterapie. Její hospitalizace trvala 7 dní. Chemoterapie HD-MTX se podávala druhý den hospitalizace. Pacientku jsem sledovala a starala se o ní při podávání chemoterapie a v den prvního odběru Metotrexátu, tedy během druhého a třetího dne hospitalizace. Z důvodu zachování anonymity neuvádím ve své práci ani iniciály jména a příjmení pacientky, ani název zdravotnického zařízení, zmiňuji pouze orientační věk.

**Pohlaví:** žena

**Věk:** 60 – 65 let

**Rodinný stav:** vdaná

**Národnost:** česká

**Kontakt:** manžel a dvě děti

**Důvod přijetí:** plánované podání chemoterapie HD–MTX

### 4.2. Anamnéza

#### 4.2.1. Lékařská anamnéza

**rodinná anamnéza** – otec zemřel na srdeční selhání, jinak bezvýznamná

**osobní anamnéza**

- *B – buněčný lymfom z velkých buněk, difuzní*  
– dg. 4/2018 z punkční biopsie pravého prsu
- *chronická radikulopatie C5 – C6 vlevo, lehčí léze C7*  
– MR 6/2017 – vícečetná foraminostenóza dolní krční páteře vlevo na skeletálním podkladě s mírným útlakem nervů C4 – C6
- *st. p. opakovaných mastitidách prsu vpravo – při lymfomu*

**nynější onemocnění**

- dlouhodobá únava
- slabost a mírná bolest LHK (postupně se zlepšuje)
- B – příznaky 0

## **farmakologická anamnéza**

*Tabulka 3 Chronická medikace*

<b>Medikace</b>	<b>Dávkování</b>
Pregabalin Alpha 75 mg	1 – 0 – 1
Valaciclovir 500 mg	1 – 0 – 1
Cipralex 10 mg	1 – 0 – 0
Trittico Ac 75 mg	0 – 0 – 1
Cotrimoxazol 800/160 mg	1 – 0 – 1 po, út
Biofenac 100	1 – 0 – 0

**gynekologická anamnéza** – stav po hysterektomii pro menorrhagii, dva porody

**sociálně pracovní anamnéza** – nyní invalidní důchodce, dříve úřednice

**alergická anamnéza** – není

**toxikologická anamnéza** – nekouří, alkohol příležitostně

**epidemiologická anamnéza** – nebyla v kontaktu s infekčním onemocněním

**klinické vyšetření:** Pacientka plně při vědomí, plně orientovaná a spolupracuje. Je bez známek krvácení, stav výživy má dobrý a je přiměřeně hydratovaná.

*Hlava, krk:* sliznice úst růžové, jazyk vlhký bez povlaku, nejsou petechie ani sufuse; krční žíly bez zvýšené náplně

*Hrudník:* akce srdeční pravidelná, není organický šelest; dýchání čisté, bilaterální sklípkové

*Břicho:* palpačně měkké, nebolestivé, játra a slezina nezvětšeny

*Končetiny:* otoky ani varixy na dolních končetinách nejsou

*Neurologicky:* šije volná, hybnost končetin v normě, snížená svalová síla LHK při radikulopatii

### **4.2.2. Ošetřovatelská anamnéza**

Ošetřovatelská anamnéza byla sepsána v den přijetí pacientky na hematoonkologickou kliniku. Informace použité v této práci jsem zjišťovala pozorováním, rozhovorem s pacientkou a s ošetřujícím personálem a ze zdravotnické dokumentace. Při přijetí byly změřeny fyziologické funkce (viz níže) a byly vyhodnoceny ošetřovatelské škály a rizika (Test základních všedních

činností – Barthel ADL index, riziko vzniku dekubitů dle stupnice Nortonové a riziko vzniku pádu). Po podepsání Informovaného souhlasu pacienta se zavedením centrálního žilního katétru byl pacientce zaveden centrální žilní katétr (CŽK).

- Fyziologické funkce (FF)

Krevní tlak (TK) – 125/83 (dle dokumentace se TK, bude měřit 3x denně)

Puls (P) – 75

Saturace (SpO<sub>2</sub>) – 97 %

Dechová frekvence (DF) – 17 dechů za minutu

Tělesná teplota (TT) – 36,7 °C

- Fyzikální vyšetření

Výška – 168cm

Váha – 65,4 kg

BMI – 23,2

- Hodnoticí škály a rizika

Barthel ADL index – test základních všedních činností: 70 – stupeň lehké závislosti

Stupnice Nortonové: 32 – žádné riziko vzniku dekubitů

Riziko pádu: 4 – mírné riziko

Performace status dle WHO: 0 – 1

- Vstupní ošetřovatelská anamnéza

Pacientka při vyplňování vstupní ošetřovatelské anamnézy udávala obtíže v následujících oblastech:

*Vylučování* – doprovod na WC, na toaletní židli si sleze sama

*Pohybová aktivita* – pohybová aktivita omezena z důvodu bolesti a slabosti LHK

*Spánek, únava* – spí dobře, ale přes den je dlouhodobě unavena

*Bolest* – chronická bolest LHK, VAS 1

*Zrak* – nosí brýle na čtení

## 4.3. Průběh hospitalizace

### 4.3.1. Podání chemoterapie

Po předání informací od noční sestry jsme spolu se sestřičkou z denní služby pacientce odebraly krev dle ordinace lékaře (Na, K, Cl, urea, kreatinin a glykémie) a změřily jsme FF. Fyziologické funkce se měřily třikrát denně (6 – 12 – 18 hodin). Pacientka provedla ranní hygienu s dopomocí na lůžku. Napojily jsme infuzní terapii dle ordinace lékaře a zároveň jsme se zeptaly, zda paní něco bolí. Pacientka udávala, že po podání analgetik bolesti nemá (VAS 0). Dle ordinace lékaře byla pacientce během dne podávána medikace (tabulka 4). Dle protokolu R – HD – MTX byl vysazen Cotrimoxazol. Třicet minut před aplikací chemoterapie jsme aplikovali Ondasetron i.v. V osm hodin jsme se sestřičkou aplikovaly chemoterapii dle protokolu R – HD – MTX Methotrexat i. v. na dvě hodiny. Před podáním jsme se zeptaly pacientky na celé jméno a datum narození. Nadále jsme měřily po dvou hodinách pH moči. V případě, že by její pH kleslo pod hodnotu 7,5, jsme měly informovat lékaře. V deset hodin jsme naměřily pH moči 6. Informovaly jsme lékaře a dle jeho ordinace jsme podaly 100 ml NaHCO<sub>3</sub> 8,4 % na třicet minut. Poté se již pH moči stabilizovalo na hodnotě osm. Pacientka si přes den s dopomocí došla na toaletu. Během dne si nestěžovala na žádnou bolest, nauzeu ani další obtíže.

*Tabulka 4 Medikace – 2. den hospitalizace*

Medikace	Dávkování
Glukóza 5% 1000 ml + 20 ml KCl 7,45% + 50 ml NaHCO <sub>3</sub> i. v.	6 – 12, 12 – 18, 18 – 24, 24 - 6
Pregabalin 75 mg	1 – 0 – 1
Valaciclovir	0 – 1 – 0
Cipralex 10 mg	1 – 0 – 0
Trittico 75 mg	0 – 0 – 1
Biofenac 100 mg	1 – 0 – 0
Ondansetron 8 mg i. v.	30 min. před chemoterapií a ve 20 hodin

Tabulka 5 Laboratoř – 2. den hospitalizace

Glukóza	5,9 mmol/l
Na (Natrium)	139 mmol/l
K (Kalium)	4,4 mmol/l
Cl (Chlorid)	105 mmol/l
Urea	4,4 mmol/l
Kreatinin	75 $\mu$ mol/l

#### 4.3.2. První den po podání chemoterapie

Po předání informací od noční sestry jsme spolu se sestřičkou z denní služby postupovaly jako předchozí den. Odebraly jsme krev dle ordinace lékaře (Na, K, Cl, urea a kreatinin) a změřily jsme FF. Fyziologické funkce se měřily třikrát denně (6 – 12 – 18 hodin). Po dotazu na bolest pacientka odpověděla, že bolesti nemá (VAS 0). Protože se pacientka chtěla osprchovat, doprovodila jsem ji do koupelny, kde jsem jí podle potřeby pomohla. Dle ordinace lékaře byla v průběhu dne pacientce podávána stejná medikace jako předešlý den (tabulka 4). Dvacetčtyři hodin po dokapání chemoterapie, tedy v deset hodin, bylo pacientce navíc podáno Calcium Folinatae 25 mg do 100 ml fyziologického roztoku na patnáct minut po čtyřech hodinách do té doby, než hladina Methotrexatu klesne pod 0,05  $\mu$ mol/l. V deset hodin se kontrolovala hladina Methotrexatu, výsledek byl 0,84  $\mu$ mol/l. Dále jsme po dvou hodinách měřily pH moči, tento den pH moči mělo hodnotu osm. Dnes pacientka udávala nauzeu, jiné obtíže nezmiňovala. Následně jí byla dle ordinace lékaře podána antiemetika, po kterých se jí ulevilo. S dopomocí si přešla na toaletu.

#### 4.4. Farmakoterapie

Informace k farmakoterapii jsem zjišťovala na internetových stránkách databáze léků Státního ústavu pro kontrolu léčiv (In: SÚKL. CZ, 2010).

- **Pregabalin**

- Léková skupina: antiepileptikum
- Forma léku: tablety k perorálnímu podání
- Způsob podání: per os
- Indikace: k léčbě dlouhotrvajících bolestí způsobené poškozením nervů, k léčbě epilepsie a generalizované úzkostné poruchy
- Dávkování během léčby: 1 tableta (75 mg, v 6:00 a 18:00)

- **Valaciclovir**

- Léková skupina: antivirotikum
- Forma léku: tablety k perorálnímu podání

- Způsob podání: per os
  - Indikace: k léčbě pásového oparu, k prevenci infekce virem cytomegalovirus u pacientů po transplantaci orgánů
  - Dávkování během léčby: 1 tableta (500 mg, v 12:00)
- **Cipralex**
    - Léková skupina: antidepresivum
    - Forma léku: tablety k perorálnímu podání
    - Způsob podání: per os
    - Indikace: k léčbě deprese a úzkostných poruch
    - Dávkování během léčby: 1 tableta (10 mg, v 6:00)
- **Trittico**
    - Léková skupina: antidepresivum
    - Forma léku: tablety k perorálnímu podání
    - Způsob podání: per os
    - Indikace: k léčbě úzkosti, pocitu napětí, neklidu a poruše spánku
    - Dávkování během léčby: 1 tableta (75 mg, v 18:00)
- **Biofenac**
    - Léková skupina: analgetikum a protizánětlivý léčivý přípravek
    - Forma léku: tablety k perorálnímu podání
    - Způsob podání: per os
    - Indikace: k léčbě chronického onemocnění kloubů s chronickou bolestí a zánětem
    - Dávkování během léčby: 1 tableta (100 mg, v 6:00)
- **Ondansetron**
    - Léková skupina: antiemetikum
    - Forma léku: injekční roztok
    - Způsob podání: i. v., do 100 ml F1/1
    - Indikace: k prevenci nevolnosti (nauzey) a zvracení vyvolaného chemoterapií při léčbě rakoviny u dospělých a dětí a u radioterapie při léčbě rakoviny u dospělých
    - Dávkování během léčby: 1 ampule á 12 hodin (8 mg, v 8:00 a 20:00)
- **Calcium Folinatae**
    - Léková skupina: detoxikační látka
    - Forma léku: injekční roztok
    - Způsob podání: i. v., do 100 ml F1/1
    - Indikace: ke snížení škodlivých účinků a k léčbě předávkování některými druhy protinádorových léků, například Methotrexatu
    - Dávkování během léčby: 25 mg á 4 hodiny (v 10:00, 14:00, 18:00, 22:00, 2:00, 06:00)



- **Cotrimoxazol**

- Léková skupina: chemoterapeutikum
- Forma léku: tablety k perorálnímu podání
- Způsob podání: per os
- Indikace: k léčbě infekcí, které jsou způsobeny infekčními původci citlivými na trimethoprim a sulfamethoxazol: infekce horních a dolních cest dýchacích; infekce uší, krční a nosní; infekce ledvin a močových cest; infekce ženských i mužských pohlavních orgánů včetně zánětů prostaty a různých pohlavně přenášených onemocnění
- Dávkování během léčby: vysazen, z důvodu podání chemoterapie

#### **4.5. Zhodnocení stavu podle modelu Marjory Gordonové**

K zhodnocení stavu pacientky jsme si zvolila funkční model Marjory Gordonové.

Cílem k dosažení zdraví pacienta je rovnováha bio-psycho-sociálních potřeb. Pacient je holistická bytost. Zdravotnická sestra hodnotí pacienta v jedenácti oblastech (na základě rozhovoru, fyzikálního vyšetření a pozorování). Sleduje se těchto jedenáct oblastí: vnímání zdraví, výživa a metabolismus, vylučování, aktivita a cvičení, spánek a odpočinek, vnímání a poznávání, sebepojetí a sebeúcta, plnění rolí a mezilidské vztahy, sexualita a reprodukční schopnost, stres a zvládání, víra a životní hodnoty (Bužgová et al., 2011). V každé z daných oblastí můžeme zjistit funkční, nebo dysfunkční zdravotní stav pacienta, což po zjištění problému pomáhá sestřám sestavit aktuální a potencionální diagnózy a naplánovat péči.

##### **Funkční vzorce zdraví dle Marjory Gordonové**

- *vnímání zdraví*

V této oblasti se zaměřujeme na vnímání stavu zdraví a pohody. Hodnotíme, jak se pacient o své zdraví stará a jaké má návyky, které mohou být škodlivé pro zdraví.

- *výživa a metabolismus*

Tento obor se zabývá příjmem stravy a tekutin. Zaměřuje se i na tkáňovou integritu, bilanci tekutin a hodnotíme v něm také tělesnou teplotu, váhu a výšku.

- *vylučování*

Daná oblast je zaměřena na charakter vylučování. Posuzovány jsou problémy s vylučováním.

- *aktivita a cvičení*

Uvedený obor se zabývá aktivitami každodenního života, schopností pohybu, péčí o sebe sama a aktivitami ve volném čase.

- *spánek a odpočinek*

V této oblasti jsou posuzovány problémy související se spánkem, reakcemi na nedostatek spánku.

- *vnímání a poznávání*

Sledovaná sféra se zaměřuje na smyslové funkce (vědomí, zrak, sluch) a zahrnuje i vnímání bolesti.

- *sebepojetí a sebeúcta*

Tato oblast shromažďuje informace související s vnímáním sebe sama a s vlastní identitou.

- *plnění rolí a mezilidské vztahy*

V daném oboru se zabýváme osobními rolemi a mezilidskými vztahy, vyhodnocujeme problémy při plnění rolí.

- *sexualita a reprodukční schopnost*

Tato oblast je zaměřena na spokojenost či nespokojenost se sexualitou a funkcemi reprodukčních orgánů.

- *stres a zvládání*

Uvedená sféra posuzuje pacientovo vnímání stresu, co mu pomáhá při stresu. Dále se zajímáme, kdo je pacientova nejbližší osoba, která mu pomáhá se stresem.

- *víra a životní hodnoty*

V této oblasti se zabýváme životními hodnotami a přesvědčením pacienta nebo jeho životními cíli (Mastiliakova, 2014).

### **Zhodnocení stavu pacientky podle modelu Marjory Gordonové**

- *vnímání zdraví*

Pacientka je plánovaně hospitalizována k podání chemoterapie R – HD – MTX. Nyní je třetí den hospitalizace, kterou pacientka zvládá velmi dobře, má již zkušenosti z předchozích hospitalizací. Pacientka je plně orientována, při vědomí a spolupracuje. Je oběhově stabilní, dýchání je čisté. Fyziologické funkce jsou měřeny třikrát denně. První den hospitalizace byla pacientka informována o důvodu podání chemoterapie. Zároveň byla poučena, že kvůli podání Methotrexatu jí bude zaveden CŽK. V den podání chemoterapie byla poučena možných nežádoucích účincích a bylo jí sděleno, aby použila signalizační zařízení, pokud by se necítila dobře. Pacientka nekouří a alkohol pije příležitostně.

- *výživa a metabolismus*

Pacientka jí pětkrát denně racionální stravu, v jídle není vybíravá. Po chemoterapiích trpí nechutenstvím, proto jí v průběhu dne po malých porcích. Pacientka během hospitalizace měla výběrovou dietu č. 14. U pacientky byl zajištěn dostatečný příjem tekutin – čaj v konvici a ještě si přinesla vlastní balenou vodu. Hmotnost si drží a chuť k jídlu má dobrou. Sliznice má vlhké, je afebrilní. Váží 65,4 kg a měří 168 cm. Sestřička edukovala pacientku jak se správně stravovat, aby předcházela nauzei a zvracení. Pacientce byla předána brožura Výživa pacientů s lymfomem, kterou vydal Lymfom Help.

- *vylučování*

Doma chodí pacientka na toaletu s doprovodem, většinou s manželem. Pacientka má stolici pravidelně, 1x denně, problémy s močením neudává. Pacientka je poučena o sběru moči po dvou hodinách, kvůli měření pH moči. Během hospitalizace je pacientka doprovázena na toaletu, ale pro jistotu má u lůžka toaletní židli, na kterou si slézá sama.

- *aktivita a cvičení*

Ve volném čase doma se pacientka věnuje četbě knih a ráda se podívá na nějaký film. Dříve se s oblibou věnovala ručním pracem a práci na zahradě. Věří, že slabost a bolestivost LHK ustoupí a bude se moc k těmto aktivitám zase vrátit. V domácnosti se pohybuje s pomocí manžela. Při hospitalizaci si čte anebo se dívá na televizi. S návštěvou jezdí ven na invalidním vozíku.

- *spánek a odpočinek*

Pacientka spí celou noc. Přes den se cítí velmi unavená z důvodu základního onemocnění. Přes den si chodí občas lehnout, aby si odpočinula. Léky na spaní nebere.

- *vnímání a poznávání*

Pacientka je při vědomí, orientovaná, komunikativní a spolupracuje. Z kompenzačních pomůcek používá ortézu na LHK a brýle na čtení. Udává chronickou bolest LHK na stupnici 0 – 4, udává VAS skóre 1. Pacientce jsou podávána analgetika dle ordinace lékaře. Pacientku jsem informovala o zavedeném ČŽK a možných komplikacích. Pacientka je vnímavá a má zájem o podávané informace.

- *sebepojetí a sebeúcta*

Pacientka se hodnotí jako optimistka. V současné době je v invalidním důchodu, jinak pracovala jako úřednice. Velkou oporu cítí ve svém manželovi a dětech. Při rozhovoru mluví klidně, je vyrovnaná a udržuje oční kontakt.

- *plnění rolí a mezilidské vztahy*

Paní žije v rodinném domě spolu s manželem. Udrží dobré sousedské vztahy. Doma ji navštěvují děti s vnoučaty, kamarádky a bývalé kolegyně. Pacientka je společenská a z návštěv má radost.

- *sexualita a reprodukční schopnost*

Pacientka je šest let po hysterektomii pro menorrhagii. Prodělala dva spontánní porody. Gynekologické obtíže nemá.

- *stres a zvládání*

Při zjištění základní diagnózy se obávala, jak to všechno zvládne a co jí všechno čeká. Nyní již strach nemá. Největší oporou jí po zjištění diagnózy byl její manžel a rodina.

- *víra a životní hodnoty*

Pacientka je nevěřící. Nejdůležitější je pro ni rodina a kamarádi a ráda je navštěvuje.

## 4.6. Ošetřovatelský proces

### 4.6.1. Stanovení ošetřovatelských diagnóz

Ošetřovatelské diagnózy jsem sestavila podle potřeb pacientky během 2. a 3. dne hospitalizace. K sepsání diagnóz jsem použila informace získané od pacientky, ošetřovatelského personálu a z dokumentace. Ošetřovatelské diagnózy se dělí na aktuální, potencionální, intermitentní a chronické.

#### Aktuální ošetřovatelské diagnózy

1. Nauzea z důvodu podání chemoterapie projevující se nechutenstvím.
2. Chronická bolest LHK související s onemocněním projevující se verbálními stesky a změnou v obličeji.
3. Únava z důvodu základního onemocnění projevující se pocitem únavy a ospalostí.

#### Potencionální ošetřovatelské diagnózy

4. Potencionální riziko vzniku infekce v souvislosti se zavedeným CŽK.
5. Potencionální riziko pádu zapříčiněné bolestí a únavou.

### 4.6.2. Cíle, plány, realizace a hodnocení

#### Diagnóza č. 1: Nauzea z důvodu podání chemoterapie projevující se nechutenstvím.

**Cíl:** Pacientka nepociťuje nevolnost a nucení na zvracení. Chápe a zná důvody své nevolnosti. Je poučena o možnosti úlevy.

**Plán:** Pacientku edukuji o tom, jak předcházet nauze. Podám pacientce antiemetika dle ordinace lékaře. Nabídnou pacientce nutridrink. Pacientku poučím, aby nutridrink pila přesně hodinu. Kdyby

totiž vypila ho najednou tak by pacientka měla průjem a zvracela by. Budu sledovat u pacientky příjem potravy. Pozvu k pacientce nutriční terapeutku.

**Realizace:** Pacientka byla informována, že má během dne jíst po malých dávkách a popíjet studené nápoje před jídlem nebo po jídle. K pacientce byla pozvána nutriční terapeutka a společně s pacientkou sepsaly výběrovou dietu. Pacientce byla aplikována antiemetika dle ordinace lékaře. U pacientky jsem zaznamenávala příjem stravy.

**Hodnocení:** Pacientka pochopila, jak se má stravovat, aby předešla nauze. Po podání antiemetik se nauzea zlepšila. Pacientka jedla poloviční porce, mezi jídly proto popíjela nutridrink.

## **Diagnóza č. 2: Chronická bolest LHK související s onemocněním projevující se verbálními stesky a změnou v obličeji.**

**Cíl:** Pacientka vyjadřuje verbálně i neverbálně úlevu. Pacientka pociťování bolesti nahlásí zdravotnickému personálu a dokáže zhodnotit intenzitu bolesti na VAS skóre. Po podání analgetik dle lékaře pacientka ucítí úlevu.

**Plán:** Budu si všímat verbálních i neverbálních projevů bolesti a včas na ně zareaguji. Pro hodnocení bolesti využiji vizuální analogovou škálu bolesti. Pacientky se zeptám, jakou intenzitu, lokalizaci a charakter má bolest. Po podání analgetik budu sledovat jejich působení a možné nežádoucí účinky.

**Realizace:** Pacientku jsem poučila o vizuální analogové škále a včasném informování zdravotnického personálu o vzniku bolesti. Pacientce jsem podala analgetika dle ordinace lékaře a sledovala jsem ústup bolesti a možné nežádoucí účinky analgetik. Sílu bolesti i její ústup jsem zaznamenala do dokumentace.

**Hodnocení:** Pacientka udávala mírnou bolest LHK – VAS 1. Po podání analgetik bolest ustoupila.

## **Diagnóza č. 3: Únava z důvodu základního onemocnění projevující se pocitem únavy a ospalosti.**

**Cíl:** Pacientka se bude cítit méně unavené. Chápe příčiny únavy. Pacientka se bude cítit odpočatá.

**Plán:** Zajistím pacientce soukromí a dostatečně budu větrat pokoj. Pomůžu najít pacientce aktivitu, kterou by mohla vykonávat přes den. Doporučím pacientce, aby si šla lehnout i přes den.

**Realizace:** Pacientce jsem přes den větrala. Doprovodila jsme pacientku do společenské místnosti, aby si mohla povídat s ostatními pacienty.

**Hodnocení:** Pacientka si přes den lehla a usnula. Pochopila příčiny únavy a byla srozuměna, že únavu nemůžeme odstranit a že únava vymizí, až se vyléčí. Pacientka si při rozhovoru s dalšími pacienty únavu nepřipouštěla.

## **Diagnóza č. 4: Potencionální riziko vzniku infekce v souvislosti se zavedeným CŽK.**

**Cíl:** Pacientka je seznámena o důvodu zavedení CŽK a s možným výskytem komplikací. Pacientka nebude mít známky infekce.

**Plán:** Pacientce budu CŽK převazovat za přísných aseptických podmínek. Vysvětlím pacientce možné komplikace se zavedením CŽK. Místo vpichu budu udržovat čisté a suché. Pacientku poučím, že v případě zjištění komplikací má danou informaci nahlásit zdravotnickému personálu.

**Realizace:** CŽK jsem ošetřovala za přísných aseptických podmínek. Dvakrát denně jsem pacientce kontrolovala čistotu krytí a průchodnost CŽK.

**Hodnocení:** Pacientka pochopila nutnost zavedení ČŽK. Pacientka neměla známky infekce. Při kontrole byl ČŽK průchozí a krytí čisté.

**Diagnóza č. 5: Potencionální riziko pádu zapříčiněné bolestí a únavou**

**Cíl:** Pacientka je poučena o prevenci pádu a o používání signalizačního zařízení. Při dodržování preventivních opatření nedojde k pádu.

**Plán:** Pacientka bude umět používat kompenzační pomůcky. Pacientce bude vysvětleno, jak používat signalizační zařízení. Osobní věci bude mít na dosah ruky. Pacientka bude mít zvednutou jednu postranici.

**Realizace:** Pacientce byly dány osobní věci na dosah ruky a bylo jí vysvětleno, jak používat signalizační zařízení. Dále byla poučena, aby si vždycky při vstávání zavolala na pomoc zdravotnický personál.

**Hodnocení:** U pacientky nedošlo k pádu. Uměla používat signalizační zařízení. Vždycky si přivolala zdravotnický personál.

## 5. Diskuse

Ve své práci se zabývám případovou studií u pacientky s diagnózou B- buněčný lymfom z velkých buněk, difuzní. Důležité při prvních příznacích navštívit lékaře. Naléčené onemocnění má agresivní průběh a vede ke smrti pacienta během několika měsíců.

V praktické části jsem se zabývala ošetrovatelskou péčí v den podání chemoterapie a následující den. Vzhledem k chronickým bolestem a slabosti LHK a přetrvávající únavu, potřebovala pacientka doprovod zdravotnického personálu na toaletu. Během hospitalizace se největším problémem a mnou stanovenou diagnózou stala nauzea z důvodu podání chemoterapie projevující se nechutenstvím. Společně se zdravotní sestřičkou jsme pacientku informovaly v oblasti výživy. Pacientce jsme předaly edukační materiál, který vydalo patientské sdružení Lymfom Help – Výživa pacientů s lymfomem. Důležité je, aby pacienti zdravotnickému personálu o všech problémech pověděli a mohli mu s tím pomoci. Každého trápí něco jiného a podle toho musíme informovanost přizpůsobit. Je potřeba i pacientovi opakovat, že může požádat o psychologickou pomoc. Ne jenom při zjištění diagnózy, ale i v průběhu léčby. Pacienti mají i patientské sdružení Lymfom Help. Lymfom Help vydává informační brožury a dvakrát ročně časopis Bulletin. Pořádá i setkání Pražská, regionální, celostátní a víkendové pobyty. Pacienti si mohou při setkání vyměňovat zkušenosti a navzájem se podporovat.

Jelikož každý pacient má jiné obtíže, které mohou přetrvávat nebo vzniknout nově v domácím prostředí, tak jsme se rozhodla pro vytvoření informačního letáku, kde dostupné informace získají.

Při studiu odborných článků jsem našla články týkající se ošetrovatelské péče o pacienta s lymfomem. Palková (2013) uvádí jak, sestry na onkologickém oddělení mají náročnou práci. Jelikož každý pacient s onkologickým onemocněním je specifický, má více ošetrovatelských problémů. Sestra, která pracuje na onkologickém oddělení, by měla mít komunikační zručnost, empatii, dávku zodpovědnosti, lásku k člověku a svému povolání. Roger (2015) popisuje ve svém díle navigátorku sestry onkologie, která je profesionální registrovanou zdravotní sestrou s onkologickými znalostmi. Poskytuje pomoc zdolat bariéry v systému zdravotní péče pacientům, pečovatелům a rodinám, který by mohli mít vliv na poskytnutí hodnotné onkologické péče. Současnou rolí je péče přes kontinuum onemocnění od prevence po péči po skončení života. Potencionální úlohou navigátorky sestry onkologie je dovést pacientka k vhodnému doktorovi dle specifikace typu malignity. Důležitou rolí sestry je poskytnout pacientovi edukaci o plánu péče a cíle léčby, ale i o diagnóze. Navigátorku sestru popisuje i Rummel (2015) jako „lékařského profesionála“, který svými znalostmi a školením přispívá pacientovi a jeho pečovatелům k spolupráci s multidisciplinárním týmem, informovaným rozhodnutím. Muráňová (2018) se zabývá ve své práci ošetrovatelskou péčí u pacientů a co jim při tom vadí anebo je pro ně prioritou. Pro nemocné je podstatné v ošetrovatelské péči, aby byl personál na kvalitní odborné úrovni a byl ochotný, milý a empatický. Důležitá je i pro pacienty důvěra.

## 6. Závěr

V bakalářské práci Ošetrovatelská péče o pacienta s lymfomem jsem přiblížila problematiku onemocnění její dělení a hlavně diagnostiku a léčbu. A popisovala jsem patientskou organizaci Lymfom Help. A zabývala jsem se ošetrovatelskou péčí u pacientky s diagnózou B-buněčný lymfom z velkých buněk, difuzní.

V teoretické části jsem se zabývala anatomií a patofyziologií lymfatického systému a zaměřila jsem se na rozdělení lymfomů a jejich epidemiologii a etiologii, patofyziologii a jejich diagnostiku a léčbu. Popisovala jsem patientskou organizaci Lymfom Help, která pomáhá pacientům a rodinným příslušníkům. Kde jsem se zabývala, co Lymfom Help dělá – vydává informační příručky, časopis Bulletin, pořádá setkání (probíhají v Praze, dále jsou regionální, celostátní a víkendové pobyty) a poskytují poradenství pacientům anebo rodinným příslušníkům. Nadále jsem se zabývala ošetrovatelskou péčí, kde jsem se zaměřila na: malnutrici a váhový úbytek, mukozitidu, průjem a zácpu, péči o žilní vstupy, bolest, psychické důsledky onemocnění, terminální stádium a paliativní péči.

V praktické části jsem vypracovala případovou studii formou kazuistiky. Kde jsem vypracovala ošetrovatelský proces podle modelu funkčního zdraví dle Marjory Gordonové. A zaměřila jsem se na ošetrovatelskou péči, kde jsem uváděla ošetrovatelské standardní postupy, potencionální rizika ošetrovatelské péče a jejich prevence.

Přínos bakalářské práce je vytvoření informačního materiálu pro pacienty s lymfomem. Kde se v informačním letáku dozvedí informace o patientské organizaci Lymfom Help a problémy, s kterými se mohou setkat doma a jak jim čelit.



## 7. Seznam použité literatury

BÁRTOVÁ, Jarmila. *Přehled patologie*. V Praze: Univerzita Karlova, Nakladatelství Karolinum, 2015. ISBN 978-80-246-2745-8.

BELADA, David a Marek TRNĚNÝ. *Diagnostické a léčebné postupy u nemocných s maligními lymfomy IV*. 6., dopl. a přeprac. vyd. Hradec Králové: HK Credit, 2011. ISBN 978-80-86780-48-1.

BUŽGOVÁ, Radka a Ilona PLEVOVÁ. *Ošetrovatelství I*. Praha: Grada, 2011. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3557-3.

COMPACI, Gisèle, Manuela RUETER, Sébastien LAMY, Lucie OBERIC, Christian RECHER, Maryse LAPEYRE-MESTRE, Guy LAURENT a Fabien DESPAS. *Ambulatory Medical Assistance - After Cancer (AMA-AC): A model for an early trajectory survivorship survey of lymphoma patients treated with anthracycline-based chemotherapy*. *BMC Cancer*. 2015, **15**(1). DOI: 10.1186/s12885-015-1815-7. ISSN 1471-2407. Dostupné z: [http://web.a.ebscohost.com.ezproxy.is.cuni.cz/ehost/results?vid=2&sid=dc03c27b-b72b-4511-bea5-b5fe46519520%40sessionmgr4007&bquery=Ambulatory+Medical+Assistance+-+After+Cancer+\(AMA-AC\)%3a+A+model+for+an+early+trajectory+survivorship+survey+of+lymphoma+patients+treated+with+anthracycline-based+chemotherapy.+BMC+Cancer.&bdata=JmRiPWFzbiZkYj1ubGViaYzkyj1tZGMmZGI9c2loJmRiPXMzaCZkbGkwPU5MjMmRsdjA9WSZkbGQwPW5sZWJrJmxbmc9Y3MmdHlwZT0wJnNIYXJjaE1vZGU9U3RhbmRhcmQmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl](http://web.a.ebscohost.com.ezproxy.is.cuni.cz/ehost/results?vid=2&sid=dc03c27b-b72b-4511-bea5-b5fe46519520%40sessionmgr4007&bquery=Ambulatory+Medical+Assistance+-+After+Cancer+(AMA-AC)%3a+A+model+for+an+early+trajectory+survivorship+survey+of+lymphoma+patients+treated+with+anthracycline-based+chemotherapy.+BMC+Cancer.&bdata=JmRiPWFzbiZkYj1ubGViaYzkyj1tZGMmZGI9c2loJmRiPXMzaCZkbGkwPU5MjMmRsdjA9WSZkbGQwPW5sZWJrJmxbmc9Y3MmdHlwZT0wJnNIYXJjaE1vZGU9U3RhbmRhcmQmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl)

EICHENAUER, Dennis A., Tina JAKOB, Markus FOLLMANN, Andreas ENGERT a Nicole SKOETZ. *Hodgkin Lymphoma in Adults Diagnosis, Treatment, and Follow-Up*. *Deutsches Aerzteblatt International*. 2018, **115**(31-32), 535-540. DOI: 0.3238. ISSN 18660452. Dostupné z: <http://web.a.ebscohost.com.ezproxy.is.cuni.cz/ehost/results?vid=3&sid=dc03c27b-b72b-4511-bea5-b5fe46519520%40sessionmgr4007&bquery=Hodgkin+Lymphoma+in+Adults+Diagnosis%2c+Treatment%2c+and+Follow-p.+Deutsches+Aerzteblatt+International&bdata=JmRiPWFzbiZkYj1ubGViaYzkyj1tZGMmZGI9c2loJmRiPXMzaCZkbGkwPU5MjMmRsdjA9WSZkbGQwPW5sZWJrJmxbmc9Y3MmdHlwZT0wJnNIYXJjaE1vZGU9U3RhbmRhcmQmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl>

FENDRYCHOVÁ, Jaroslava. *Adaptovaný klinický doporučený postup: zavádění a ošetřování periferních žilních vstupů u novorozenců a kojenců*. *Pediatric pro praxi*. 2018, **2**(19), 120 - 123.

FRIDRICHOVÁ, Michaela. *Chemoterapie nádorových onemocnění: obecné informace pro pacienty*. Praha: Liga proti rakovině Praha, 2014. ISBN 978-80-260-5965-3.

GIRONÉS, Regina. *Desire for Information in the Elderly: Interactions with Patients, Family, and Physicians*. *Journal of Cancer Education*. 2015, **30**(4), 766-773. DOI: 10.1007/s13187-014-0760-5. ISSN 0885-8195. Dostupné z: <http://web.a.ebscohost.com.ezproxy.is.cuni.cz/ehost/results?vid=4&sid=dc03c27b-b72b-4511-bea5-b5fe46519520%40sessionmgr4007&bquery=Desire+for+Information+in+the+Elderly%3a+Interactions+with+Patients%2c+Family%2c+and+Physicians&bdata=JmRiPWFzbiZkYj1ubGViaYzkyj1tZGMmZGI9c2loJmRiPXMzaCZkbGkwPU5MjMmRsdjA9WSZkbGQwPW5sZWJrJmxbmc9Y3MmdHlwZT0wJnNIYXJjaE1vZGU9U3RhbmRhcmQmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl>

GRIM, Miloš a Rastislav DRUGA. *Základy anatomie*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum, [2016]. ISBN 978-80-7492-235-0.

GUO, Peng, GuiChuan HUANG, Lei REN, Yu CHEN a Quan ZHOU. Number of parity and the risk of non-Hodgkin lymphomas: a dose–response meta-analysis of observational studies. *Hematology*. 2016, **22**(5), 274-285. DOI: 10.1080/10245332.2016.1252002. ISSN 1607-8454. Dostupné z: <http://web.b.ebscohost.com.ezproxy.is.cuni.cz/ehost/results?vid=2&sid=88127418-3258-45cd-9a83-b6340c186a4a%40sessionmgr101&bquery=Number+of+parity+and+the+risk+of+non-Hodgkin+lymphomas%3a+a+dose%e2%80%93response+meta-analysis+of+observational+studies&bdata=JmRiPWFzbizkYj1ubGViaYzkYj1tZGMmZGI9c2loJmRiPXMzaCZkbGkwPU5MJmRsdjA9WSZkbGQwPW5sZWJrJmxhbmc9Y3MmdHlwZT0wJnNlYXJjaE1vZGU9U3RhbmRhcmQmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl>

JANÍKOVÁ, Andrea a Michael DOUBEK. *Jak si poradit s nádorovým onemocněním krve?: pomocník pro pacienty nejen s leukemií či lymfomem*. Praha: Mladá fronta, 2012. Lékař a pacient. ISBN 978-80-204-2694-9.

HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. 3. vyd. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0219-6.

KOŘEN, Jan a TRNĚNÝ, Marek. Hodgkinův lymfom – vývoj léčebných přístupů a současné trendy. *Klinická onkologie*, 2015, roč. 28, Supplementum 3, S87-S94. ISSN: 0862-495X.

KUBEROVÁ, Helena. *Didaktika ošetrovatelství*. Praha: Portál, 2010. Sestra (Grada). ISBN 978-80-7367-684-1.

INDRÁK, Karel, ed. *Hematologie a transfuzní lékařství: základní teorie, metody a aplikace*. 3. vyd. V Praze: Triton, 2014. Lékařské repetitorium. ISBN 978-80-7387-722-4.

*Informace pro nemocné trpící dlouhodobou bolestí* [online].[cit. 21. 5. 2019, 18:15 CET] dostupné z: [www.linkos.cz/pacient-a-rodina/pece-o-pacienta/lecba-bolesti-1/informace-pro-nemocne-trpici-dlouhodobou-bolesti/](http://www.linkos.cz/pacient-a-rodina/pece-o-pacienta/lecba-bolesti-1/informace-pro-nemocne-trpici-dlouhodobou-bolesti/)

JUŘENÍKOVÁ, Petra. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada, 2010. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2171-2.

*Lymfom help*. Praha: LYMFOM HELP, 2/2015. 23

*Maligní lymfomy* [online]. [cit. 12. 5. 2019, 21:00CET] dostupné z: <https://www.linkos.cz/pacient-a-rodina/onkologicke-diagnozy/lymfomy-c81-85/maligni-lymfomy/#typy>

MAŇÁSEK, Viktor. Žilní přístupy pro střednědobou a dlouhodobou protinádorovou léčbu. *Onkologie*. 2015, **9**(6), 293 - 296

MARKOVÁ, Monika. *Sestra a pacient v paliativní péči*. Praha: Grada, 2010. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3171-1.

MASTILIAKOVÁ, Dagmar. *Posuzování stavu zdraví a ošetřovatelská diagnostika: v moderní ošetřovatelské praxi*. 3. vyd. Praha: Grada, 2014. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-5376-8.

MAYER, J. (ed.). *Léčebné postupy v hematologii: doporučení České hematologické společnosti České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně*. První vydání. Praha: Česká hematologická společnost České lékařské společnosti J.E. Purkyně, 2016. ISBN: 978-80-260-9718-1.

MÓCIKOVÁ, Heidi. *Epidemiologie a rizikové faktory spojené s výskytem Hodgkinova lymfomu. Transfuze a Hematologie Dnes*. 2014, **20**(3), 81 - 86. ISSN 1213-5763.

MOUREK, Jindřich. *Fyziologie: učebnice pro studenty zdravotnických oborů*. 2., dopl. vyd. Praha: Grada, 2012. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3918-2.

MURÁŇOVÁ, Kateřina. *Ošetřovatelská péče o pacienta s lymfomem.. Č. Budějovice, 2018. bakalářská práce (Bc.)*. JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH. Zdravotně sociální fakult

NAŇKA, Ondřej a Miloslava ELIŠKOVÁ. *Přehled anatomie*. Třetí, doplněné a přepracované vydání. Praha: Galén, 2015. ISBN 978-80-7492-206-0.

*Nežádoucí účinky chemoterapie* [online].[cit. 20. 5. 2019, 22:00CET] dostupné z: [www.linkos.cz/pacient-a-rodina/pece-o-pacienta/nezadouci-ucinky-lecby-chemo/nezadouci-ucinky-chemoterapie-1/](http://www.linkos.cz/pacient-a-rodina/pece-o-pacienta/nezadouci-ucinky-lecby-chemo/nezadouci-ucinky-chemoterapie-1/)

*Občanské sdružení lymfom help* [online]. Roche. ©2019. [cit.21.05.2019,19:30CET]. <http://www.lymfomhelp.cz>

*Paliativní medicína* [online]. [cit. 21. 5. 2019, 20:15 CET ] dostupné z: [www.linkos.cz/pacient-a-rodina/pece-o-pacienta/paliativni-pece-1/paliativni-medicina/](http://www.linkos.cz/pacient-a-rodina/pece-o-pacienta/paliativni-pece-1/paliativni-medicina/)

PAPAJÍK, Tomáš, Marek TRNĚNÝ, Ingrid VÁŠOVÁ, et al. *Epidemiologie ne-hodgkinových lymfomů v České republice, Evropě a Severní Americe*. Onkologie. 2009, 3(3), 141-146.

PALKOVÁ, Luba. *Onkologická ošetřovatelská péče* [online]. Košice: Východoslovenský onkologický ústav, 2013 [cit. 29. 11. 2019, 16:00 CET]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/onkologicka-osetrovatelska-pece-468403>.

Rogers Barbara Barnes. *The Nurse Navigator Role in the Management of Non-Hodgkin Lymphoma and Hodgkin Lymphoma*. [online]. Top the oncology pharmacist. 2015. [cit. 30.11. 2019 11:30 CET]. Dostupné z: <http://www.theoncologypharmacist.com/authors?view=article&secid=15168:best-practices-in-patient-navigation-first-issue-lymphoma-edition&artid=16420:the-nurse-navigator-role-in-the-management-of-non-hodgkin-lymphoma-and-hodgkin-lymphoma>

Rummel Peg. *Non-Hodgkin Lymphoma and Hodgkin Lymphoma: The Role of the Nurse Navigator in Improving Patient Outcomes*. [online]. The onkology nurse. 2015. [cit. 30.11. 2019 13:00 CET]. Dostupné z: <http://www.theoncologynurse.com/ton-supplements/best-practices-in-patient-navigation/first-issue-lymphoma-edition/16419-non-hodgkin-lymphoma-and-hodgkin-lymphoma-the-role-of-the-nurse-navigator-in-improving-patient-outcomes>

SEDLÁŘOVÁ, Petra, Marie ZVONÍČKOVÁ a Hana SVOBODOVÁ. Aktuální doporučení v péči o periferní žilní katétry. *Medicína pro praxi*. 2017, **14**(2), 94 - 97.

Státní ústav pro kontrolu léčiv. SUKL [online]. Praha, 2010, [cit. 02.03.2019, 15:30 CET]. Dostupné z: <http://www.sukl.cz/>

Studie. [online]. Kooperativní lymfomová skupina, 2019. [cit. 24. 6. 2019, 20:00 CET] dostupné z: <https://www.lymphoma.cz/private/clinical-trials>

SVĚRÁKOVÁ, Marcela. *Edukační činnost sestry: úvod do problematiky*. 1. vyd. Praha : Galén, 2012. ISBN: 978-80-7262-845-2

SÝKOROVÁ, Alice, et al. Hodnocení klinického stadia a léčebné odpovědi u maligních lymfomů – doporučení Kooperativní lymfomové skupiny na základě revidovaných kritérií z roku 2014 (Luganská klasifikace). *Klinická onkologie*, 2016, roč. 29, č. 4, s. 295-302. ISSN: 0862-495X.

*Terminální stádium nemoci* [online]. [cit. 21. 5. 2019, 21:00 CET] dostupné z: [www.linkos.cz/slovnicek/terminalni-stadium/](http://www.linkos.cz/slovnicek/terminalni-stadium/)

TSCHUSCHKE, Volker. *Psychoonkologie: psychologické aspekty vzniku a zvládnutí rakoviny*. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-717-8826-0.

VOKURKA, Martin. *Patofyziologie pro nelékařské směry*. 3., upr. vyd. Praha: Karolinum, 2012. ISBN 978-80-246-2032-9.

VORLÍČEK, Jiří, Jitka ABRAHÁMOVÁ a Hilda VORLÍČKOVÁ. *Klinická onkologie pro sestry*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2012. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3742-3.

VYDRA, Jan a Petr CETKOVSKÝ. *Hematologie v kostce*. Praha: Mladá fronta, 2015. Aeskulap. ISBN 978-80-204-3698-6.

*Výživa onkologicky nemocného* [online]. [cit. 20. 5. 2019, 17:00CET] dostupné z: [www.linkos.cz/pacient-a-rodina/pece-o-pacienta/vyziva/vyziva-onkologicky-nemocneho/](http://www.linkos.cz/pacient-a-rodina/pece-o-pacienta/vyziva/vyziva-onkologicky-nemocneho/)

## Seznam zkratek

C – krční páteř

CT – počítačová tomografie

CŽK – centrální žilní katétr

DF – dechová frekvence

dg. – diagnóza

DLBCL – B-buněčný lymfom z velkých buněk, difuzní

F1/1 – fyziologický roztok

FF – fyziologické funkce

F-FDG - F – fluorodeoxyglukózy

G-CSF – granulocytární colony stimulating factor (růstový hormon pro granulocytární řadu leukocytů)

GIT – gastrointestinální trakt

HL – Hodgkinův lymfom

i.v. – intravenózně

LDH – laktát dehydrogenáza

LHK – levá horní končetina

MR – magnetická rezonance

NHL – Non-Hodgkinův lymfom

P – puls

PET/CT – kombinace pozitivní emisní tomografie a počítačové tomografie

PŽK – periferní žilní katétr

SpO<sub>2</sub> – saturace krve kyslíkem

TBC - tuberkulóza

TK – krevní tlak

TT – tělesná teplota

VAS – vizuální analogová stupnice

## Seznam tabulek

Tabulka 1: Revidovaná Ann Arbor klasifikace dle IWG z roku 2014 .....	16
Tabulka 2: Dohoda Kooperativní lymfomové skupiny pro určování klinického stádia u NHL s extralymfatickým šířením dle Ann Arbor klasifikace a modifikované klasifikace .....	16
Tabulka 3: Chronická medikace .....	36
Tabulka 4: Medikace - 2. den hospitalizace .....	38
Tabulka 5: Laboratoř - 2. den hospitalizace .....	39

## **Seznam příloh**

Příloha č. 1: Žádost o schválení případové studie

Příloha č. 2: Souhlas pacienta s účastí na výzkumu

Příloha č. 3: Charta práv pacientů s lymfomem

Příloha č. 4: Informační leták

## **Příloha č. 1 Žádost o schválení případové studie**

Vzor žádosti o schválení případové studie

Vážená paní

XY

Náměstkyně ošetrovateľské péče

### **Věc: Žádost o schválení případové studie**

Jmenuji se Naďa Marková a jsem studentkou 3. ročníku bakalářského studia oboru Všeobecná sestra. Ráda bych provedla výzkumné šetření a zpracovala případovou studii na XY pracovišti na téma „*Ošetrovateľská péče o pacienta s lymfomem*“. Budu se řídit právní regulací zákona 372/2011 Sb., zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), a také zákonem č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů.

S pozdravem Naďa Marková



## **Příloha č. 2: Souhlas pacienta s účastí na výzkumu**

Vzor souhlasu s účastí na výzkumu

Vážená paní

XY

### **Věc: Souhlas s účastí na výzkumu**

Jmenuji se Naďa Marková a jsem studentkou 3. ročníku bakalářského studia oboru Všeobecná sestra. Ráda bych provedla výzkumné šetření a zpracovala na Vaše onemocnění případovou studii na téma „*Ošetrovatelská péče o pacienta s lymfomem*“. Budu se řídit právní regulací zákonu 372/2011 Sb., zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), a také zákonem č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů.

S pozdravem Naďa Marková

## **Příloha č. 3: Charta práv pacientů s lymfomem**

### **Naše vize**

Tato mezinárodní charta byla vytvořena proto, aby zajistila více než milionu lidí s lymfomem žijících po celém světě přístup k nejlepší dostupné péči, informacím a podpoře. Počet případů lymfomu rychle stoupá, a proto existuje naléhavá potřeba lepší informovanosti pacientů ohledně jejich onemocnění. Lze udělat mnoho pro zlepšení současné situace, a právě to je povinností celé společnosti včetně zdravotnických odborníků, patientských a podpůrných skupin, vlád, pojišťoven, plátců péče, nadací, kliniků, výzkumníků a průmyslových odvětví. Abychom zajistili, že pacienti s lymfomem dostanou nejlepší dostupnou péči, je zásadní, aby byla práva uvedená v této chartě celosvětově přijata. Všem pacientům náleží práva uvedená v této chartě bez ohledu na věk, pohlaví, stav, rasu, náboženství, sexuální orientaci, vzdělání nebo ekonomickou situaci. Tato charta pomáhá v každém stádiu cesty pacienta od diagnózy, přes léčbu, následnou péči a sledování.

### **Diagnóza**

Všichni pacienti s lymfomem mají právo na včasné vyšetření a přesnou diagnózu provedenou vyškoleným zdravotnickým odborníkem specializovaným na onemocnění krve, jakým je např. hematopatolog. Je zásadní, aby byly používány specializované zobrazovací a vyšetřovací metody k určení rozsahu postupu onemocnění tak, aby mohlo být naplánována vhodná léčba. Všichni pacienti mají nárok na vyjádření druhého názoru a na odeslání k odborníkovi na onemocnění krve, který zhodnotí jejich případ a diagnostické materiály.

### **Léčba**

Pacienti mají nárok na přístup k nejlepší léčbě založené na přesné diagnóze, stádiu onemocnění a současných poznatcích medicíny založené na důkazech. Pacienti mají právo dozvědět se o všech dostupných možnostech léčby a měli by být informováni o příslušných klinických studiích. Finanční situace pacienta by neměla být ani překážkou ani určujícím faktorem informování pacienta o možnostech léčby, protože všichni pacienti mají právo na nejlepší léčbu a je v jejich nejlepším zájmu vědět o posledních pokrocích v oboru. Pacienti mají nárok na aktivní účast v procesu rozhodování.

### **Následná péče**

Protože se lymfom může vrátit, mají pacienti nárok na pravidelnou následnou péči a pečlivé sledování. Pacienti s lymfomem mají právo získávat trvalou péči zasvěceného týmu zdravotnických odborníků, poradců, sester, odborníků na výživu a na paliativní péči, je-li to potřeba. Dlouhodobá následná péče a nepřetržitá vzájemná spolupráce všech těchto stran s pacientem je rozhodující při určení nejlepšího postupu.

### **Informace**

Pacienti mají nárok na poskytnutí všech potřebných informací týkajících se jejich diagnózy, léčby a celkového přístupu k onemocnění a měli by být povzbuzováni k tomu, aby se stali aktivními účastníky v procesu rozhodování o léčbě.

**Tyto informace by měly obsahovat:**

- 1) povahu onemocnění
- 2) léčebné možnosti
- 3) rizika a vedlejší účinky léčby
- 4) možnosti klinických studií
- 5) patientské podpůrné prostředky a poradenské skupiny

**Podpora**

Pacienti mají nárok být informováni o všech dostupných systémech podpory včetně patientských podpůrných prostředků a poradenských skupin. Pacienti mají nárok na "hlas" při zacházení s vlastní nemocí. Podpůrné prostředky pro pacienty a poradenské skupiny mohou hrát klíčovou roli v procesu uzdravování pacienta a mohou jim pomoci v přístupu k celé řadě zdrojů od psychologické podpory k rodinnému poradenství. Prostřednictvím poradenských skupin se mohou pacienti rovněž účastnit debat o zdravotní politice, které mohou ovlivnit systém péče o všechny pacienty s lymfomem. Mít správnou podpůrnou síť je neocenitelné pro pacienty se všemi stádii onemocnění ([www.lymfomhelp.cz](http://www.lymfomhelp.cz)).

# S čím se můžete setkat doma

aneb nežádoucí účinky chemoterapie

## nauzea a zvracení

lékař Vám může předepsat prokinetika anebo estronová antiemetika, oba léky se užívají tři krát denně před jídlem

*doporučení:*

- jezte menší porce několikrát denně
- nepijte v průběhu jídla
- jezte a pijte pomalu
- vyvarujte se sladkostí, smaženého a tučného jídla
- jezte jídla studená, snáší se lépe než teplá
- pijte chladné, neslazené ovocné šťávy (džusy), bez bublinek
- vyhýbejte se intenzivním vůním a zápachům
- připravte si jídlo do zásoby na dobu, kdy nebudete mít náladu na vaření

## obtíže se sliznicí v dutině ústní a krku

před podáním chemoterapie navštívíte zubního lékaře, který vyloučí infekci v oblasti zubů a doporučí správné čištění zubů

*doporučení:*

- čistěte si zuby po každém jídle, používejte měkký zubní kartáček
- vyčistěte dobře zubní kartáček po každém použití a uschovejte ho na suchém místě
- nepoužívejte zubní pastu ani ústní vodu obsahující různé soli a alkohol
- vyplachujte ústa, případně kloktejte speciálními roztoky, před jídlem vyplachujte ústa roztokem změnšujícím bolest

## ztráta vlasů

nemusí to potkat každého, s vlasy můžou vypadávat i řasy, obočí a ochlupení

*doporučení:*

- používejte neдрáždivé šampóny
- používejte měkké kartáče na vlasy
- při sušení vlasů nepoužívejte vysokou teplotu
- nepoužívejte barvu na vlasy
- nepoužívejte tepelné ani chemické úpravy vlasů (tzv. trvalá)
- ostříhejte si vlasy nakrátko

### **zácpa**

pokud nemáte stolici dva dny, oznamte to lékaři; neberte si žádná projímadla bez porady s lékařem

*doporučení:*

- pijte hodně tekutin, vhodné jsou studené nebo naopak horké nápoje
- jezte hodně potravin s vysokým obsahem vlákniny, například celozrnný chléb, obilniny, syrovou zeleninu, fazole, ořechy, čerstvé ovoce (rybíz, angrešt, maliny, jahody, třešně, jablka, hrušky), případně kompoty (dyňový kompot a jiné), vhodné je i sušené ovoce
- pokud to váš zdravotní stav dovoluje, pohybujte se a cvičte, chodte na procházky

### **průjem**

*doporučení:*

- jíst malá množství jídla, ale častěji, 6-8 krát denně
- vyvarovat se jídel s velkým obsahem vlákniny, jako například celozrnný chléb, obilniny, syrová zelenina, fazole, ořechy, čerstvé nebo sušené ovoce
- vhodné je naopak jídlo s malým obsahem vlákniny, jako je například bílý chléb, rýže, nudle, banány, kompoty s loupaným ovocem, tvaroh, jogurt, vejce, brambory, drůbeží maso bez kůže, ryby
- vyvarovat se kávy, čaje, alkoholu a sladkostí, smažených, mastných i ostrých jídel

# Nejste v tom sami

navštivte

## LYMFOM HELP

([www.lymfomhelp.cz](http://www.lymfomhelp.cz))

**Lymfom Help založili v září 2005 jako občanské sdružení bývalí pacienti. Rozhodli se proto, že chtěli pomoci pacientům s lymfomem a jejich rodině. Mezi aktivity sdružení Lymfom Help patří poradenství, osvěta veřejnosti, informační materiály a setkání pacientů. Všechny činnosti, které provozují, jsou bezplatné, tudíž dostupné všem.**

### Vydávají

- časopis Bulletin – dva krát ročně Vám přijde
- Informační příručky – se zabývají: výživou, co pacienti čeká po léčbě, lymfomem, psychikou, transplantací a poruchou plodnosti; při obtížích doma se do nich můžete opakovaně podívat, dostanete je v nemocnici anebo se dají stáhnout ze stránek Lymfom Help

### Poradna

nabízí poradnu, která je pro Vás, ale i pro rodinné příslušníky můžete využít:

- e – mailovou poradnu
- přes telefonní linku
- konzultaci s psychologem

### Pořádají setkání

při setkání se setkáte s dalšími pacienty i vyléčenými a i s hematology setkání probíhá:

- v Praze
- Celostátní
- Regionální – Olomouc, Hradec Králové, Brno, Plzeň
- Anebo můžete jet na víkendové pobyty

[illegible]